UNIVERSITÉ DE PARIS VI

FACULTÉ DE MÉDECINE BROUSSAIS-HÔTEL DIEU

°°

ANNÉE 1972 N° 100

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DOCTORAT D'ETAT)

PAR

Jean-Claude RICHIERO

NÉ LE 6 MARS 1943 A SAINT ETIENNE DE CUINES (SAVOIE)

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE GRENOBLE ET DE CLERMONT-FERRAND

INTERNE DES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES DE PARIS

°°

PRÉSENTEÉ ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

PSYCHIATRIE, PRISONS ET CRIMINOLOGIE.

A partir d'une expérience clinique au Centre Médico-Psychologique de la Maison d'Arrêt de la Santé.

°°

PRÉSIDENT : M. LE PROFESSEUR H. FLAVIGNY.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549217_0027

UNIVERSITÉ DE PARIS VI

FACULTÉ DE MÉDECINE BROUSSAIS-HÔTEL DIEU

°°

ANNÉE 1972 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DOCTORAT D'ETAT)

PAR

Jean-Claude RICHIERO

NÉ LE 6 MARS 1943 A SAINT ETIENNE DE CUINES (SAVOIE)

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE GRENOBLE ET DE CLERMONT-FERRAND

INTERNE DES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES DE PARIS

°°

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

PSYCHIATRIE, PRISONS ET CRIMINOLOGIE.

A partir d'une expérience clinique au Centre Médico-Psychologique de la Maison d'Arrêt de la Santé.

°°

PRÉSIDENT : M. LE PROFESSEUR H. FLAVIGNY.

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A Nicole,

en souvenir de Parmilieu et pour son aide précieuse.

A mes Parents

Avec toute ma gratitude.
Qu'ils trouvent ici un gage de reconnaissance
et d'amour filial.

A ma Soeur

En souvenir de notre enfance.

A Monsieur le Professeur H. FLAVIGNY

Professeur à la Faculté de Médecine Broussais-Hôtel-Dieu,

Président de la Commission Psychiatrique de l'U.E.R. Broussais-Hôtel-Dieu,

Médecin des Hôpitaux.

Qui me fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse,

En témoignage de notre admiration et de notre profond respect.

A Monsieur le Docteur P.E. HIVERT

Médecin-Chef du Centre Médico-Psychologique
de la Maison d'Arrêt de la Santé,

Directeur d'Enseignement clinique de la Faculté de Médecine
Broussais-Hôtel-Dieu.

qui nous a guidé et éclairé dans notre
connaissance de la Psychiatrie pénitentiaire
et l'élaboration de ce travail.

En témoignage de notre sincère reconnaissance
et de notre affectueux dévouement.

A tous les Membres de l'Equipe médico-psychologique
de la Maison d'Arrêt de la Santé

Mesdames BESSON, GRECO, HERVE, HIVERT,
LEDUC, SCHAUB.

Messieurs BENRAIS, BRETON, HOSSARD,
JACQUETTE, OLLIVIER

Pour leur chaleureuse et confraternelle
participation à la difficile tâche de
Criminologue clinicien.

Au Personnel pénitentiaire du Centre Médico-Psychologique
de la Maison d'Arrêt de la Santé

Pour tout son dévouement.

Qu'il nous soit permis de remercier ici
Messieurs BOBIN, COLIN, SLUSARENSKY.

A nos Maîtres des Hôpitaux Psychiatriques

Messieurs les Docteurs

BOUTTIER

BRAESCO

BUISSON

GRASSET

LANTER

LECONTE

MOHR

PSYCHIATRIE, PRISONS ET CRIMINOLOGIE.

A partir d'une expérience clinique

au Centre Médico-Psychologique

de la Maison d'Arrêt de la Santé.

Introduction.

Au terme de deux années de collaboration au Centre Médico-Psychologique de la Maison d'Arrêt de la Santé, presque à la date anniversaire de notre arrivée dans l'Equipe du Docteur P.E. HIVERT, nous avons voulu faire la somme, l'analyse des acquisitions faites dans notre rencontre avec la Délinquance, de l'enseignement tiré de l'exercice de notre discipline au lieu même où se pratique celle du châtiment, de l'expiation, de la réhabilitation, du "traitement pénitentiaire", à l'encontre de ceux d'entre nous mis au ban de la Société.

Notre ambition s'est d'abord attachée au désir de cerner le fait criminel et très vite nous nous sommes sentis mal armés n'en déplaise au médecin fort de son bistouri, habile à circonscire et à vider l'abcès, n'en déplaise aux thérapeutes modernes tous les jours plus nantis contre les maladies de système, car il n'est pas trop tôt pour dire que le crime ne se réduit pas à ces transpositions métaphoriques ; notre seul outil médical, psychiatrique s'avérait impuissant à l'étude de ce comportement humain. Très vite nous avons senti que notre démarche devait être celle du psychiatre-criminologue, du clinicien de la criminologie, science nouvelle en tant qu'elle signifie rassemblement, réunion nécessaire de conceptions, d'hypothèses, de méthodes d'investigations différentes et complémentaires. En cela nous ne pensons pas d'ailleurs différer de nos confrères d'Institutions hospitalières, de Secteur, où a été reconnu la nécessité de la pluralité des discours pour la compréhension et le traitement d'affections où notre impuissance a eu raison du sacro-saint principe de la monocausalité, du monointerprétantisme d'un impérialisme médical et plus généralement scientiste suranné qui rejetait tout ce qui pouvait ébranler ses affirmations.

Saisissons-nous de cette bouffée polémiste de bon aloi pour évoquer la difficile position du psychiatre en prison, non pas tant au regard de l'Institution pénitentiaire elle-même où pourtant les problèmes existent, tant s'en

faut !, qu'au regard d'une certaine opinion du dehors qui a fait du fou un déviant, un exclu, du fait psychiatrique un fait politique. Par le biais d'une dialectique "totalitaire" faisant de la folie la répression sociale de l'Eros, elle dénonce le psychiatre suppôt d'une Société basée sur le profit (des uns au détriment des autres) en tant qu'il élimine sinon participe du rejet de ceux qui ne contribuent pas à l'enrichissement de la classe dominante, au moins perturbent sa quiétude.

Certes, depuis 1945, cette vogue envahissante et sotte à voir dans tout malaise, désaccord ou crise, un phénomène "psy-quelque chose", a fait le jeu d'une Société Capitaliste qui s'est achetée à bon compte une bonne conscience en laissant le psychiatre investir les prisons, les asiles, suppléer peu à peu celles-ci par ceux-là. Par le jeu de ce que MARCUSE appelle "la tolérance répressive", la Société bourgeoise a su récupérer des théories qui d'abord l'avaient effrayée... ainsi donc, tenir compte du "principe de réalité" signifie accepter telle réalité sociale, FREUD sert le principe du rendement, les notions du "pain qu'il faut gagner à la sueur de son front", sable jeté aux yeux des exploités par la classe dominante pour qu'ils ne devinent pas les richesses qu'elle possède et qu'ils pourraient partager avec elle au paradis retrouvé du "principe de désir!."

Tout est politique (MARX, LEFEBVRE l'ont clamé avec juste raison d'ailleurs) ... c'est un certain discours de l'antipsychiatrie ; la folie, phénomène non médical, d'exclusion sociale par un monde perverti, les médecins l'ont "psychiatrisée", rien d'étonnant à ce qu'ils "psychiatrisent" cet autre déviant, cet autre exclu qu'est le criminel ! (que ce raccourci ait cependant valeur d'une prophétique mise en garde). En effet la presse ne manque pas aujourd'hui de monter en épingle des exemples de cette autre forme de la répression psychiatrique, et comment s'étonner qu'elle ait la sympathie de tous dans cette dénonciation dès lors que tous les maux trouvent leurs solutions dans le rapport "exploitants-exploités" et qu'un habile système analogique fait du criminel, du fou, un exploité !

A la lumière de ce discours le traitement psychiatrique apparaît donc bien comme un acte politique ayant conduit ceux qui veulent s'en défendre à des attitudes que nous jugeons extrémistes. Pour certains analystes, dont

Maud MANNONI, il devient une approche dont la neutralité et l'asepsie témoignent, outre parfois un danger vital, davantage d'un non vouloir ou d'une incapacité d'engagement dans un dialogue social que de la soi-disante crainte de pervertir la demande du malade ou de lui apporter une réponse inopportune ; et, pour les plus passionnels, il devient l'occasion de la projection sur leurs malades de la culpabilité ressentie à vivre leur métier sur un registre policier ...n'ont-ils pas cherché à réveiller en eux une conscience politique d'opposition !, au nom de quoi ?, pour calmer leur souffrance ?

Faut-il, une nouvelle fois, que l'on s'obstine à voir dans le trouble mental une seule cause, cette fois politique ?; l'erreur de nos aînés désavoués n'aura donc servi à rien. Qu'un fait politique existe, soit ; le psychiatre n'a pas à prendre le pouvoir pour autant, qu'il se contente de témoigner que telle forme de société ne peut qu'engendrer plus de fous, mais surtout qu'il ne se coupe pas, dans ses actions thérapeutiques et d'observation, des autres formes d'action sociale. Qu'il faille rompre avec le sacro-saint principe de l'intégration sociale du malade en tant qu'il n'a d'autre choix qu'être comme tout le monde ou exclu et qu'il faille faire entendre cela à la Société, certes ; mais cela dépasse la seule compétence du psychiatre. Technicien des troubles de la relation et des phénomènes de rejet, qu'il s'efforce d'empêcher sa propre discipline d'être rejetante à quelque niveau que ce soit.

Qu'on veuille bien nous pardonner cette longue digression, nous avons voulu situer notre étude dans l'actualité politique conflictuelle que connaît la psychiatrie, il nous serait apparu malhonnête de la passer sous silence. Nous espérons aussi avoir souligné l'importance de la multidisciplinarité dialogique de tout travail scientifique qui ne veut pas sombrer dans le sectarisme, les querelles de chapelles toujours très éloignées des buts fixés. Telle est la Criminologie où se cotoyent juristes, pénologues, sociologues, psychiatres, psychologues, neurologues, généticiens et autres ; les théories seront nombreuses, souvent contradictoires, parfois difficilement conciliables. C'est dans ce vaste champ d'étude, à notre niveau, au Centre Médico-Psychologique de la Maison d'Arrêt de la Santé, que nous avons tenté un difficile apprentissage.

Ainsi donc après avoir essayé, maladroitement peut-être, de définir une certaine place de la Criminologie dans le débat psychiatrique actuel, nous

envisagerons successivement l'historique du rôle psychiatrique en prison et partant celui du Centre Médico-Psychologique de la Maison d'Arrêt de la Santé. Nous essaierons ensuite de préciser les dimensions et les limites du champ actuel de la psychiatrie en milieu pénitentiaire et ses applications dans les structures d'observation et de soins parisiennes. Nous parcourerons ensuite les chemins battus de notre clinique de tous les jours à la découverte, peut-être, de la personnalité criminelle. En conclusion et avec beaucoup de modestie nous voudrons dire nos possibilités thérapeutiques, nos moyens d'action et leurs ambitions dans notre difficile tâche, souvent ingrate, de psychiatre de prison mais aussi de criminologue clinicien.

* *

CHAPITRE I

Historique.

Dans bien des domaines la curiosité de l'enfant à comprendre le pourquoi des choses trouve son premier exutoire dans la parole de ses parents, de ses aînés, dans le manuel d'Histoire. Utopiste ou naïf celui qui débute un travail avec l'âme orgueilleuse de l'explorateur qui croit fouler une terre vierge. Existe-t-il aucune voie, aucune approche scientifique de quelque sujet que ce soit qui n'ait été préparée de plus ou moins loin et d'une manière plus ou moins directe par un lointain cousin du chercheur d'aujourd'hui ?

I - LE CRIMINEL EST-IL UN MALADE ?

Ainsi en va-t-il de l'avènement de la psychiatrie en milieu carcéral qui trouve peut-être ses lointaines origines dans ces mots d'ARISTOTE (du moins tenus pour tels) : "ce n'est pas la richesse ni la pauvreté qui pousse au mal : c'est la passion". Beaucoup plus près de nous, il faut voir dans la réaction indignée des humanistes et philosophes du 18ème siècle devant l'arbitraire, la cruauté et l'inefficacité d'un système pénal venu tout droit d'un Moyen-Age aux relents soufrés de l'Inquisition, la première et véritable prise de conscience du sort réservé à la criminalité, à la personne du criminel dont la volonté n'était peut-être pas aussi libre qu'avaient bien voulu le faire croire les théories spiritualistes. Et c'est ainsi qu'un juriste, BRISSOT de WARVILLE, écrivait dans la deuxième moitié du 18ème siècle : "Le coupable est un malade ou un ignorant. Il faut le guérir, l'instruire et ne pas l'étouffer". A sa suite l'Italien BECCARIA publiait "Des délits et des Peines", l'Anglais Jeremy BENTHAM écrivait ses "Principes du Code Pénal" tout en devenant le précurseur de la notion moderne

"d'état dangereux". En fait on se rend compte que ces réformateurs étaient davantage préoccupés de la sécurité de la Société qus de la personne du criminel, sinon de son amendement, contrairement à ce qu'auraient pu laisser présumer les premières réflexions de ce juriste français.

Certes à la même époque on s'est intéressé à l'homme criminel, du moins jetait-on les bases d'une première reconnaissance à travers sa physionomie, les formes de son crâne ; tels furent les travaux de physio-gnomonie de DELLA PORTA au 17ème siècle, de LAVATER au 18ème siècle et de phrénologie de F.J. GALL à la fin du 18ème siècle. Il n'est pas étonnant alors de voir ces études anthropologiques promues et couronnées en Italie par Cesare LOMBROSO (1836-1909). Il devait reconnaître le criminel comme un lointain parent de la brute sauvage, échappé à la nuit des temps !. C'était donc bien la négation absolue du libre arbitre, l'affirmation d'un déterminisme radical dont l'école positiviste de son compatriote Enrico FERRI a fait des gorges chaudes.

D'une certaine manière il était bien malade ce "coupable", mais alors comment le guérir, l'instruire et ne pas l'étouffer celui qui avait attendri le coeur de BRISSOT de WARVILLE ?. Que fallait-il faire de cette brute épaisse ou de ce malade qu'à son tour CABANIS en 1808 (et bien d'autres à sa suite : ESQUIROL MOREAU de TOURS, DAILLY, pour ne citer qu'eux) voyait en la personne du criminel ? Il fallait, pour le moins, le faire sortir de prison ; le code napoléonien s'en chargeait et le sens aigu de la dignité humaine de PINEL le conduisait à l'asile où il était cette fois libéré de ses chaînes.

Dès lors que loi faisait nécessité il fallait bien le reconnaître, le stigmatiser ce délinquant, LOMBROSO s'y est employé, il apporta ses conceptions, on créa les Archives d'Anthropologie Criminelle avec LACASSAGNE et MANOUVRIER, la Justice acceptait cet outil de travail. Mais grâce à lui, il convient de lui rendre justice, s'instauraient les premiers examens scientifiques de condamnés puis se créaient les premiers services pénitentiaires d'examens de détenus (Louis VERWAECK fondait au début du siècle en Belgique des Laboratoires d'anthropologie pénitentiaire), tandis que les idées évoluaient vers des recherches psychopathologiques et médico-psychologiques ... en 1907, en Argentine, INGEGNEROS prenait la direction de l'Institut de Psychologie clinique et expéri-

mentale destiné à l'étude des délinquants. La voie était ouverte à la Science Criminologique.

II - CE QU'EN PENSERENT LEGISLATEURS, JURISTES ET PENOLOGUES

Parallèlement tous ces courants d'idées conduisaient à des modifications progressives de notre système pénal et pénitentiaire. Vagues successives de réformes auxquelles il convient d'attacher une très grande importance quand on sait qu'elles ont, en fait et finalement elles seules, conditionné, déterminé la venue du psychiatre, son rôle, comme celui des autres médecins et autres spécialistes de la criminologie au sein de la communauté pénitentiaire jusqu'ici composée des seuls juristes et personnels apparentés plus particulièrement chargés de l'exécution des sentences.

BRISSOT de WARVILLE, BECCARIA, BENTHAM, nous l'avons vu précedemment, sont les précurseurs, les éclaireurs de cette longue marche novatrice qui devait véritablement débuter à la fin du siècle dernier et au début de celui-là avec Raymond SALEILLES (1855-1912). Son oeuvre magistrale "L'Individualisation de la peine", montre bien ce qu'allait être désormais l'objet de toutes les préoccupations : nuancer la peine, l'assouplir dans le double intérêt de la Société et du Criminel ... à cet égard rendons une fois de plus justice à l'école positiviste italienne pour avoir dénié toute valeur à la peine comprise comme seule mesure répressive.

Les idées faisaient leur chemin, on parlait beaucoup, on se réunissait : c'est la naissance de l'Association Internationale de Droit Pénal ; on créait aussi des Tribunaux pour enfants. Un moment important, un événement sensibilisateur devait se produire en Belgique : la loi de 1930 dite "Loi de Défense Sociale", application de la doctrine d'Adolphe PRINS qui a été récemment renouvelée par Marc ANCEL. Comme son nom l'indique son but fut d'abord de protéger la Société contre les entreprises antisociales et de prendre à leur encontre des mesures préventives voire prophylactiques. Le criminel était une nouvelle fois partiellement scotomisé, Marc ANCEL s'intéressera à lui et, se débarrassant une fois pour toute des idées de libre arbitre ou de déterminisme, il ne verra

en sa personne qu'un être démuni, dégradé qu'il faudra reclasser dans la Société de telle manière qu'il ne représente plus pour elle un danger, mais aussi, et surtout ajouterions-nous, qu'il puisse s'y sentir et y être reçu, réadmis comme un être normal, comme tout le monde (... en cela il semble que nous ayons jusqu'ici achoppé !).

Quinze ans plus tard, après la guerre et en France cette fois, étaient élaborés les "14 Principes de la Réforme Pénitentiaire", suivis peu après par les "Règles minima pour le traitement des délinquants" approuvées en 1955 par les Nations Unies. C'est de ces principes et de ces règles que devait prendre corps notre actuel Code de Procédure Pénale élaboré en 1958 et mis en application en 1959. Nous ne saurions trop insister sur l'attention à accorder à ce Code dont les textes vont fixer les dimensions et les limites du champ de notre action ainsi que nous le verrons plus loin.

Arrivé au stade très contemporain de cette rétrospective des Réformes pénitentiaires, il nous reste à souhaiter que sans cesse sur le métier soit remis ce Code de Procédure Pénale, comme ce fut le cas en 1970 avec la loi du 17 Juillet et à la suite de l'élaboration, par le Conseil de l'Europe, des Règles minima destinées à préciser celles des Nations Unies pour les pays d'Europe occidentale, mais sans attendre jamais que l'Histoire se mette en colère comme ce fut le cas tout récemment à Toul, en décembre 1971.

III - LES PREMIERS PAS DE LA MÉDECINE ET DE LA PSYCHIATRIE LÉGALES

L'Histoire nous a montré l'avènement du psychiatre dans l'univers carcéral et plus généralement criminologique. Avec LOMBROSO et en sa forme la plus élémentaire d'observations anthropologiques, nous avons vu l'amorce d'un dialogue avec le prisonnier (précédé en cela par PINEL et CABANIS en France il faut bien le dire). Aussi convient-il maintenant de préciser, de révéler les cadres, de montrer les formes successives que l'Histoire a imposé à ce dialogue entre le criminel et le psychiatre.

La curiosité scientifique fut avant tout et nécessairement le premier moteur des diverses approches de ces "criminologues avant la lettre", que

leurs théories se fondassent sur une hérédité biologique de "folle" dégénérescence avec MOREL, de prédisposition au déséquilibre avec MAGNAN, de constitutions psychopathiques et de perversions instinctives avec DUPRE, ou sur des conceptions psychopathologiques de dysfonctionnement inné du psychisme normal avec DELMAS et BOLL, de "moral insanity" avec PRITCHARD, etc... Très vite cependant la demande du magistrat, commandée par le Code napoléonien, va orienter, imposer un style très particulier à la rencontre du criminel et du psychiatre. C'est l'expertise médico-légale (qui existait déjà au civil), cette fille putative et malheureuse d'une pathologie à expression médico-légale dont la reconnaissance a imposé qu'elle soit dépistée chez le criminel alors jugé malade, irresponsable et conduit dans les établissements que devait créer la loi du 30 juin 1838. En effet : "il n'y a ni crime, ni délit, si le prévenu était en état de démence au moment de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister" (article 64 du Code Pénal).

Sans aller plus avant nous tenons à rompre une bonne fois avec ces interminables diatribes figées dans la seule, stérile mais légitime dénonciation de l'expertise tenue pour la source de tous les maux. D'évidence (l'Histoire s'est chargée de convaincre les sceptiques) l'expertise et surtout par les développements qui allaient lui être donnés notamment à propos de l'evaluation de la responsabilité pénale (article 463), stoppait définitivement, rendait nul et non avenu tout échange valable avec le criminel dès lors qu'elle faisait du psychiatre un autre juge ... et d'aucuns ne sont-ils pas allés jusqu'à voir dans la reconnaissance ou non d'une responsabilité le fruit de quelques morbides contre-transferts !. L'approche médico-légale devenait une impasse, rien d'étonnant à ce qu'elle fût plus ou moins rejetée de la psychiatrie et demeurât le domaine de quelques uns, qui n'ont plus eu le goût des lourdes responsabilités à l'encontre de ZACCHIAS, leur aîné. L'évolution des idées aidant, l'approche du délinquant sous l'angle de la Criminologie clinique, l'étude et le traitement des comportements criminels, connaissaient plus d'adeptes. Cela n'a pas contribué pour autant à faire de la psychiatrie médico-légale une branche étiolée ; délaissée peut-être, mais bien vivante et c'est heureux car enfin bien comprise et non manipulée à quelques fins perverses elle demeure primordiale. Accepterait-on de voir un paralytique général condamné à dix ans de réclusion criminelle pour de sordides

attentats aux moeurs ? , d'autres exemples plus modernes et plus complexes pourraient s'ajouter à celui que PACTET citait dans sa thèse en 1891 (précisons qu'à l'époque l'ancien Code d'Instruction criminelle n'imposait pas l'expertise). Pour avoir signalé au mépris du public l'activité psychiatrique médico-légale, elle s'est dénaturée et il convient aujourd'hui non pas tant de la réhabiliter que de lui redonner un cadre d'exercice rigoureux, exhaustif, en la mêlant à celui de la Criminologie clinique. Déjà dans la nouvelle formulation des questions posées à l'expert, le Code de Procédure Pénale en 1959 s'est inspiré des notions criminologiques ; il reste, à ceux-là mêmes qui les ont apportées et dès lors qu'on leur en donnera la possibilité, à nuancer, préciser, adapter les conclusions de celui dont la voix porte mieux semble-t-il dans les cours de Justice parce qu'elle est entendue au moment opportun.

IV - DE L'ANNEXE PSYCHIATRIQUE AU CENTRE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE DE LA MAISON D'ARRET DE LA SANTE

Il est temps maintenant de rappeler l'Histoire du Centre Médico-Psychologique de la Maison d'Arrêt de la Santé. Elle est bien sûr liée au mouvement général des idées sur la nécessité du dépistage des malades mentaux parmi les détenus mais aussi d'observations scientifiques de ces derniers aux fins d'une meilleure individualisation de la peine et de leur reclassement dans la Société ... idées qui devaient germer pendant près de deux cents ans et donner leurs premiers fruits au début de ce siècle ainsi que nous l'avons largement exposé précédemment. Rappelons l'oeuvre maîtresse de Raymond SALEILLES, les doctrines de "Défense Sociale" d'Adolphe PRINS et de Marc ANCEL en Belgique en 1930 et, avant elles, la création, toujours en Belgique, par Louis VERWAECK, des laboratoires d'anthropologie pénitentiaire.

L'Histoire décidément est pleine d'enseignements !. Celle du Centre Médico-Psychologique de la Maison d'Arrêt de la Santé va nous montrer chemin faisant le déplacement progressif des intérêts de l'unique activité psychiatrique médico-légale vers des préoccupations plus criminologiques. Notons au passage, au moins au plan anecdotique et pour ce qui tient à l'Administration Pénitentiaire, que cela n'est pas allé sans heurts sinon difficultés. Nous verrons aussi,

là mieux qu'ailleurs, que la venue du psychiatre, au sein de quelques communautés ou institutions que ce soit, réveille toujours chez certains de leurs membres fantasmes anxiogènes, méfiance et réticence qui selon nous devraient commander beaucoup de prudence et conduire à des attitudes qui nous préserveraient, comme c'est malheureusement souvent le cas, de rendre notre discipline paradoxalement rejetante.

Il convient avant tout de faire une mention spéciale du nom d'un certain député des années 30, M. BLACQUE-BELAIR. Il paraît avoir été la pierre angulaire ou le grain de sable autour duquel allaient se sédimenter une succession de projets qui devaient conduire à l'actuel édifice. Nous regrettons beaucoup que notre trop mince matériel de travail (en l'occurence une correspondance entre le Directeur de la Maison d'Arrêt de la Santé de l'époque, M. GUILBERT, le Garde des Sceaux, le Directeur de l'Administration Pénitentiaire* et les Parquets) ne nous ait pas permis d'obtenir plus de renseignements sur la personne de ce parlementaire. Au moins pensons-nous pouvoir dire que sa voix portait assez loin pour se répéter en écho du Parlement à la Maison d'Arrêt de la Santé tout au long des différentes filières administratives. Il nous paraît à cet égard utile de reproduire in extenso une "Proposition de résolution" qu'il a déposée en 1931 et qui fit l'objet d'un rapport, par M. CAUJOLE député, paru au J.O. des 19 et 22 novembre de la même année :

"La Chambre invite le Gouvernement à prendre les mesures suivantes :

1) Création d'annexes psychiatriques où les détenus suspects de troubles mentaux pourront être observés et étudiés.

Les médecins de ces annexes seront chargés du dépistage des tares mentales chez les inculpés lors de leur incarcération.

Les renseignements ainsi obtenus devront faciliter au Juge d'instruction la désignation d'experts.

---

* séparée depuis 1911 du Ministère de l'Intérieur et rattachée depuis lors au Ministère de la Justice.

2) Création dans les prisons de laboratoires de bio-criminologie où seront constitués, par des psychiatres compétents, les dossiers cliniques, biologiques et anthropologiques de tous les individus condamnés.

3) Agrément et subvention par l'Etat de maisons d'observation pour enfants vagabonds où seront recueillis et étudiés les mineurs dont l'intention délictueuse n'aura pas été caractérisée.

4) Organisation dans quelques prisons militaires d'un service chargé de procéder à l'examen clinique, biologique et anthropologique de tous les prévenus.

5) Organisation dans les centres de prophylaxie mentale et établissements psychiatriques analogues d'un service de prophylaxie criminelle auxquels seront adressés pour examen et traitement éventuel par les autorités de justice et de police, les sujets en état de danger de crime et qui ne peuvent pas être inculpés".

Il est facile de reconnaître entre ces lignes les mesures de défense sociale, de prévention et de prophylaxie de la loi belge de 1930!.Rappelons-nous encore le voeu émis par le Congrès pénitentiaire International de Londres, en 1925, de voir tous les détenus (prévenus et condamnés) soumis à un examen physique et mental. M. BLACQUE-BELAIR, quelle qu'ait été son autorité propre, bénéficiait néanmoins du point de vue stratégique d'un moment éminemment favorable pour la discussion de pareilles propositions. Aussi séduisantes ou géniales qu'elles nous apparaissent il est mal aisé de ne pas trouver la dernière (5) fort audacieuse, susceptible de porter en son sein les plus louables comme les plus condamnables intentions, capable de porter une atteinte grave aux droits individuels du citoyen !. Et pourtant on entend régulièrement reparler et il n'y a pas si longtemps encore, de possibles mesures de cet ordre, notamment à propos des toxicomanes ; du reste ne peut-on y voir un lien de parenté avec certains modèles existant tels ces "Centres de rééducation spécialisés" (jamais créés sauf un !) prévus par la loi du 15 avril 1954 ?

De cette Proposition de résolution nous savons qu'elle a incité le Garde des Sceaux, avant qu'elle ne soit débattue devant le Parlement, à prendre auprès du Parquet et du Directeur de la Maison d'Arrêt de la Santé tout avis motivé, tant au point de vue légal, juridique que pratique, sur les mesures envisagées, leurs applications et leur opportunité. Nous ignorons malheureusement les réactions du Parquet et de l'Administration Pénitentiaire ; tout au plus

avons-nous quelques raisons de croire qu'elles furent plus favorables que celles du Directeur de la Prison, somme toute le plus concerné en l'affaire ! Est-il besoin de rappeler que la condition des détenus (prévenus et condamnés) atteints de troubles mentaux, quels qu'ils soient, était réglée par l'article 24 de la loi du 30 juin 1838 confirmée par une circulaire du 14 juin 1914 qui en prescrivait les modalités d'application. Cet article n'était autre que la confirmation sous LOUIS-PHILIPPE de ce que NAPOLEON avait pensé à l'époque de PINEL, à savoir que les malades mentaux ne devaient à aucun prix demeurer en prison. On comprend alors aisément l'étonnement à entendre demander la création, en prison, d'annexes psychiatriques sinon de laboratoires où des détenus suspects de troubles mentaux seraient observés et étudiés.

M. GUILBERT nous explique qu'à cette époque :

" ... l'organisation de la prison de la Santé pour ce qui a rapport aux individus susceptibles d'être, après arrestation, atteints de troubles mentaux, est la suivante : Tous les arrivants à leur entrée dans la Prison passent au Greffe, puis au Rond-point, à la fouille et à la douche. Si l'un d'eux semble déséquilibré, agité, anormal, il est automatiquement signalé par l'un des surveillants de ces postes de passage. Il est (...) placé à la 5ème division, partie de la grande surveillance où le service de garde est renforcé. Si à son arrivée un individu échappe à la sagacité des uns et des autres, si, quelques jours après il présente des troubles mentaux, le surveillant de division le signale immédiatement (...). Ces malades sont vus d'abord par moi, le matin au prétoire, puis envoyés à la visite du médecin-chef de l'Etablissement qui effectue un premier triage : 1. Simulateur, 2. à observer quelques jours, 3. envoi à l'Infirmerie spéciale du Dépôt. Les malades de cette dernière catégorie sont signalés aux Juges d'instruction dont ils dépendent. Les tentatives de suicide, les actes de désespoir, les lettres extravagantes sont également signalée au Parquet. Par ailleurs les Juges d'instruction, à la requête des avocats ou chaque fois qu'ils le jugent nécessaire, commettent un médecin-expert pour l'examen mental des inculpés. L'expert fait son rapport et, suivant sa teneur, le juge fait diriger aussitôt le prévenu soit sur l'Infirmerie spéciale du Dépôt soit sur l'Asile Sainte-Anne, ou prend telle décision qui convient".

Quant à la création de ces fameuses annexes psychiatriques et laboratoires de bio-criminologie, voilà ce qu'en pensait le Directeur de la Maison d'Arrêt de la Santé :

"...En réalité c'est bien l'Infirmerie spéciale du Dépôt qui représente le lieu réclamé pour l'examen des individus anormaux. Deux médecins y sont attachés ; il y a un laboratoire et des examens mentaux y sont faits avec toute la compétence et l'intégrité que peut réclamer le Parquet. (...) les prévenus agités de la Santé y sont régulièrement transférés. Ici il n'existe pas de laboratoire et il est certain que pour répondre au voeu de M. BLACQUE-BELAIR, les conditions matérielles d'examen pour M.M. les Experts peuvent être améliorées (...) C'est tout ce qu'on peut et doit faire à la Prison de la Santé (...) et si, à mon humble avis, on veut créer des Services de Psychiatrie, c'est bien plus près des Parquets qu'il faudra les établir qu'à l'intérieur des Prisons. (...) un quartier spécial sous la direction d'un Médecin qui ira pratiquement de cellule en cellule dépister des malades, conduira à des dualités dangereuses ; il y aura à bref délai plus de simulateurs que de détenus dans la Prison ..."

Nous souhaitons que l'on veuille bien nous excuser pour ces longues citations, elles ont le privilège d'être fort instructives, fort claires et de nous dispenser de tout commentaire. Nous tenons cependant à souligner que le souhait exprimé de voir certains Services psychiatriques plus près des Parquets qu'à l'intérieur des prisons se révèle aujourd'hui d'essence prophétique en ce qu'il évoque celui, cher au Docteur HIVERT, que nous partageons pleinement et sur lequel nous reviendrons, de voir l'activité psychiatrique de dépistage s'insérer dans la procédure judiciaire juste avant que l'inculpé ne soit placé sous mandat de dépôt et non une fois écroué à la Maison d'Arrêt de la Santé. De même nous reviendrons plus tard sur cet autre appareil psychiatrique charnière qu'est l'Infirmerie Spéciale du Dépôt dont les fonctions paraissent s'opposer historiquement sinon doubler inutilement celles de l'actuel Centre Médico-Psychologique de la Maison d'Arrêt de la Santé, et dont les médecins eux-mêmes seront, nous le verrons, à l'origine de la création de ce Service. Il n'est pas sans intérêt non plus de rappeler que cette Infirmerie Spéciale du Dépôt, aujourd'hui appelée

Infirmerie Psychiatrique de la Préfecture de Police, appartenait et appartient toujours au Ministère de l'Intérieur, ministère que l'Administration Pénitentiaire avait quitté après 1911 pour être rattachée effectivement depuis 1938 au Ministère de la Justice... il faut rendre ou laisser à César ce qui est à César !

Une nouvelle fois nous déplorons l'insuffisance de documents qui ne permettent pas de mieux connaître les réponses qui furent apportées au voeu pieux de M. BLACQUE-BELAIR. Une dernière lettre, datée du 2 juin 1932, tendrait à prouver l'agrément des autorités concernées pour la création d'une annexe psychiatrique à l'intérieur de la prison (mais de quel type et réservée à quel usage ?), puisqu'il y est question de la date du début de travaux qui, finalement, devaient préfigurer, il y a tout lieu de le croire, le Centre que nous connaissons aujourd'hui. Préfigurer seulement, car des témoignages plus récents prouvent que l'on a pas donné à ces projets toute l'extension souhaitée par le député de l'époque. En effet, peu avant la dernière guerre mondiale, le Docteur André CELLIER inaugure une Consultation, et seulement une Consultation d'Hygiène Mentale dans les locaux censés avoir été aménagés à cet usage. C'était donc bien un compromis entre la demande de Services Psychiatriques d'admission et d'observation des détenus suspects de troubles mentaux et le désir de statu quo de M. GUILLERT ne tolérant que la visite des seuls Experts. Les détenus qui posaient problème n'étaient donc plus directement adressés à l'Infirmerie Spéciale du Dépôt sur décision du médecin généraliste de la prison, on consultait d'abord le Docteur CELLIER Son successeur, le Docteur Michel CENAC, médecin de l'Infirmerie Spéciale du Dépôt, connut à sa prise de fonction ce modus vivendi qui ne l'enchantait guère. Homme de coeur, au tempérament fougueux - qu'il nous soit permis de le saluer ici respectueusement -, il lutta pied à pied pour la réalisation de cette annexe mythique en laquelle il croyait. Mais, ironie du sort, il devait cesser ses fonctions alors même qu'elle allait enfin exister. Oh certes !, bien exiguë, réduite aux douze cellules du rez-de-chaussée du Centre actuel. Nous sommes à la fin de 1960.

Le 1er janvier 1961 notre Médecin-Chef, le Docteur P.E. HIVERT, prenait la difficile direction de cette nouvelle annexe psychiatrique. Très attaché

à la mémoire de son prédécesseur il ne s'est pas contenté de poursuivre son oeuvre mais il lui apportait l'impulsion favorable et décisive qui allait véritablement donner naissance à ce Service Psychiatrique de Prison dont on avait parlé pour la première fois, semble-t-il, il y avait déjà plus de trente ans et dont les derniers travaux allaient s'achever à la fin de l'année 1964. Le Docteur HIVERT rompait alors avec le travail solitaire de ses aînés et s'entourait de collaborateurs médecins et psychologues. Il contribuait à donner à son Service le nom de "Centre Médico-Psychologique" des Prisons de Paris, en remplacement de la vieille appellation "Annexe", terminologie nouvelle qui allait désormais s'attacher aux futurs services de ce genre des autres prisons françaises. Le Docteur HIVERT apporta aussi largement son concours, non sans peine et certaine déception, à l'élaboration des règles de fonctionnement et d'organisation de ces Etablissements; elles sont précisées dans une circulaire du 30 septembre 1967. Là il convient de remercier le Docteur G. FULLY, Médecin Inspecteur Général de l'Administration pénitentiaire, pour son aide précieuse et sa large compréhension des problèmes psychiatriques en prison.

* *

CHAPITRE II

Psychiatrie en milieu pénitentiaire.

I - LES BASES THEORIQUES

A la manière d'un lent processus de maturation, les Administrations Judiciaire et Pénitentiaire ont été pénétrées du Savoir Criminologique. Encore aux stades de ses balbutiements, il est né de la rencontre de divers grands courants de pensée aux sources plus ou moins éloignées dans le temps et quant à leur esprit. Qu'ils naquissent en effet de bouffées d'humanisme à prolongements philosophico-juridiques ou de constatations d'abord plus empiriques que scientifiques en matière de biologie, de psychiatrie ou de sociologie, leur but était commun : l'étude, la compréhension et le traitement du comportement criminel. Ainsi donc tout au long du précédent chapitre nous avons vu ces "Corps constitués" doubler, aménager leurs appareils juridique et pénal d'un arsenal thérapeutique nouveau. Il s'agit bien en effet d'un "traitement", dans son acception criminologique, qu'il convient d'appliquer au délinquant afin qu'il ne soit plus dans une situation qui l'a longtemps défini : au ban de la Société. Au seul souci de préserver le Corps social, se sont ajoutées les préoccupations d'un Marc ANCEL. Aujourd'hui n'est-il pas écrit qu'à l'égard de "tous les détenus dont elle a la charge l'Administration Pénitentiaire assure le respect de la dignité inhérente à la personne humaine et prend toutes les mesures destinées à faciliter leur réintégration dans la Société"[1]. Dans le langage qui lui est propre le Corps judiciaire a voulu rendre rationnel ces principes criminologiques, il a élaboré son Code de Procédure Pénale, ce code dont nous souhaitions plus haut qu'il fût sans

cesse remis sur le métier. Qui veut connaître du rôle, du fonctionnement ou de l'organisation de tel Service pénitentiaire et plus particulièrement médical aura cure de s'y référer. Nous nous en servirons pour ponctuer le récit de notre expérience du champ actuel de la Psychiatrie pénitentiaire, de l'organisation et du fonctionnement de ses structures d'observation, de soins et de recherche, sans nous priver chemin faisant d'une analyse critique car il y a souvent loin, de la coupe aux lèvres !.

II - LES PREMIERS IMPÉRATIFS : LE PSYCHOPATHE

Nous avons assisté à la première entrée du psychiatre en prison paré de son habit d'expert ; son manque de popularité n'en a pas moins fait un moment historique consacrant une fonction dont il n'est plus utile de souligner le caractère primordial, indispensable, même si elle n'intéresse, somme toute, qu'une assez faible proportion de la masse globale des détenus.

A l'inverse beaucoup de ces détenus délaissés par l'expert vont faire montre d'une difficile adaptation à la prison, de troubles graves du caractère et du comportement, et poser beaucoup de problèmes à l'Administration Pénitentiaire, au moins pendant leur séjour dans ses murs. Sans s'inquiéter, et c'eût été louable, d'une structure caractérielle en tant qu'elle pouvait être aussi à l'origine de la déviance sociale, se sont d'abord des impératifs de sécurité, d'apaisement de telles conduites passionnelles et souvent dramatiques qui se sont imposés à elle. Un autre mode de dépistage lui devenait nécessaire tant il est vrai qu'il est plus facile de prévenir que de guérir. Ne faut-il pas voir dans ce souci d'efficacité administrative, nous l'accordons fort légitime, les tous premiers fondements, les premiers objectifs dévolus au Centre National d'Orientation de Fresnes tant il est vrai aussi que la fonction crée l'organe ; mais intentions d'autant plus pures qu'un tel organe pouvait du même coup devenir un réel outil scientifique d'observation de la personnalité criminelle.

Cette psychopathologie, qu'elle soit carcérale ou bien antérieure à l'incarcération mais alors jugée accessible à la sanction pénale, il fallait

la rendre compatible avec la détention, lui fournir le cadre adapté, l'ambiance favorable à sa cure sinon sa rémission. En des temps plus anciens de tels détenus inadaptés et difficiles remplissaient-ils le quartier disciplinaire des prisons et étaient-ils l'objet de rapports draconiens qui les conduisaient pour finir vers ces sombres établissements pour "condamnés agressifs et grands indisciplinés" !. D'aucuns ne s'accordent-ils pas pour dire que le psychiatre a, d'une certaine manière, remplacé le "mitard" ! ; il s'en faut cependant pour qu'il se soit contenté d'une mission aussi peu gratifiante ! . Bien avant le Centre Médico-Psychologique de la Maison d'Arrêt de la Santé dont nous venons de refaire l'historique, des Etablissements spécialisés ont été créés pour accueillir ces individus hybrides, à mi-chemin entre l'hôpital psychiatrique et la prison. Dès la fin du 19ème siècle en effet, à Gaillon, la communauté pénitentiaire construisait son "asile", ouvrait les portes de la première prison à vocation psychiatrique pour abriter cette part malheureuse de la population pénale. Aujourd'hui elle a disparu, remplacée par deux établissements plus modernes, l'un dans la région parisienne et l'autre en Alsace, respectivement les Centres d'Observation de Château-Thierry créé en 1950 et de Réadaptation d'Hagueneau, plus récent.

Il n'est pas surprenant d'apprendre que le Centre d'Observation de Château-Thierry ait été mis en service sensiblement à la même époque que son pourvoyeur et en parallèle avec lui. En effet le Centre National d'Orientation de Fresnes lui adresse certains des condamnés qui déjà ont été signalés à son attention par les Consultations d'Hygiène Mentale ou les Centres Médico-Psychologiques Régionaux d'origine, ou ceux dont il dépiste l'incertitude des mécanismes de défense, la précarité des structures caractérielles, en faisant des personnalités fragiles, psychopathiques, dont la vie carcérale sera ou a déjà été l'occasion de décompensation à un niveau volontiersaigu. De telles attitudes, souvent d'opposition conflictuelle dramatique, avalisées dans quelque mécanisme psychopathologique que ce soit, les rendent intolérants au reste de la population pénale, pénitentiaire, et contrindiquent plus ou moins temporairement tout autre destination possible qu'un Centre spécialisé pour Psychopathes. Pareille mesure est souvent thérapeutique en elle-même par la catharsis qu'elle contient, phénomène du reste observable à d'autres niveaux, qu'il s'agisse du transfert d'une Maison de détention au Centre Médico-Psychologique de sa région ou du pas-

sage de ce Service Psychiatrique au Centre National d'Orientation pour l'application des mesures qui semblent s'imposer et, qui souvent, à ce dernier niveau, se révèlent moins impératives !. Quoiqu'il en soit, le Centre d'Observation de Château-Thierry désamorce fréquemment les situations conflictuelles et surtout les dédramatise en apaisant les tensions intérieures grâce à la souplesse de ses diverses modalités de séjour rendue possible par le petit nombre de ses pensionnaires (70), grâce au rôle "distrayant" des occupations adaptées à chaque cas particulier, grâce aux activités thérapeutiques, individuelles ou de groupe, de son psychiatre... de cette expérience laborieuse le Docteur Jean DUBLINEAU a su tirer un enseignement décisif sur la Psychopathologie carcérale. Ainsi, bien souvent le détenu indocile et rebelle peut "suivre sa destination pénale" vers des climats moins psychiatriques qui n'en seront pas moins thérapeutiques. Il peut arriver aussi qu'il faille le faire passer par un autre médiat, autre établissement de haute surveillance, le Centre de Readaptation d'Haguenau, quand il ne s'agit pas de recourir, la main forcée, à de plus graves décisions : l'internement dans ces asiles de sûreté pour médico-légaux que sont Henri-Collin, Sarreguemines, Hoerdt, etc...

Eloignons-nous de ces derniers îlots d'aliénation, abîmes confirmés de dégénérescence, Charybde et Scylla d'une paléocriminologie. Revenons vers cette pièce maîtresse née de théories plus modernes, clef de voute d'un système résolument tourné vers la prise en charge thérapeutique de ceux que lui confie la Société : Le Centre National d'Orientation de Fresnes. Mais d'abord envisageons le clavier sur lequel il pourra jouer :

III - ORGANISATION DES SERVICES PENITENTIAIRES

En vérité ce souci d'efficacité dans l'exécution des peines que nous reconnaissions précédemment à l'Administration Pénitentiaire, n'a pas l'explication aussi simpliste que nous avons bien voulu sous-entendre. Nous en avions attribué la prégnance aux réactions d'intolérance du monde carcéral à cette frange particulière que sont les psychopathes, et à la nécessité de l'en écarter. Il s'imposait d'autant plus, qu'en accord avec les nouvelles doctrines, les régimes de détention se différenciaient en même temps que se diversifiait l'action

pénitentiaire ...il fallait que chacun y trouve sa meilleure place à la satisfaction de tous. Cette évolution dont nous connaissons les racines historiques et amorcée en France dès la Réforme pénitentiaire de 1945, se fondait sur l'Individualisation de la peine" en fonction de la personnalité du délinquant.

Avec le Droit pénal classique le devenir carcéral du détenu se dessinait en fonction de la nature juridique du prononcé de la condamnation : le condamné à l'emprisonnement allait dans une Maison de correction, le condamné à la réclusion (peine criminelle) dans une Maison Centrale ou Maison de force, le condamné aux travaux forcés, après une attente plus ou moins longue dans les prisons de dépôt et de concentration métropolitaines, partait pour la Guyane ou la Nouvelle-Calédonie. Quant à la répartition des prisonniers sur le territoire, elle obéissait à des critères purement géographiques, au plus près de la juridiction qui prononçait la peine. Ces vieilles notions de catégories juridiques de la peine étaient abandonnées. Au point de vue pénitentiaire le nouveau critère adopté est la durée de la peine. C'est ainsi que l'on distingue, selon qu'il reste à subir plus ou moins d'un an au moment où la condamnation devient définitive, les longues peines et les courtes peines qu'elles soient criminelles ou d'emprisonnement ; en fait nous verrons que la nature du délit est toujours prise en considération notamment à l'occasion des Commissions de classement du Centre National d'Orientation.... les nuances réglementaires demeurent !. Néanmoins l'unification des peines privatives de liberté reste le principe directeur de la pénologie moderne.

Cette simplification devait permettre que l'individualisation de la peine ne puisse plus s'exercer qu'en fonction de la personnalité du delinquant. Il fallait préparer son reclassement social, faciliter sa réintégration dans la Société, bref donner aux prisons un caractère éducatif. "L'oisiveté est mère de tous les vices !..." le législateur le sait bien et n'a pas attendu les "Règles minima pour le traitement des délinquants" pour comprendre qu'il fallait occuper les détenus mais non plus sous le feu des mitrailleuses en cassant des cailloux. L'objet de certains travaux pénitentiaires actuels n'en est pas plus médiocre : faire du gravier ou "enfiler des perles" à la chaîne, la seule différence tient aux conditions plus humaines de travail ; si le premier allait au bout des résistances

physiques, le second, fruit d'un taylorisme dépassé, à parfois raison d'un fragile équilibre psychique. A la décharge de l'administration pénitentiaire il faut bien reconnaître que l'exploitation d'une main d'oeuvre "taillable et corvéable à merci" à des fins plus rentables est chose périlleuse, aurait tôt fait de soulever un tollé général dans certains milieux politiques et syndicalistes à supposer même qu'on la paie décemment !. Les choses ne sont pas si faciles. Or donc ces régimes éducatifs basés sur le travail salarié, tant dans leur objet que dans leur exécution, qu'ils soient adaptés à la personnalité de chacun en fonction des impératifs de sécurité tout d'abord, puis d'appartenance quant à la compétence ou l'absence de qualification professionnelle des uns et des autres. A ce propos, il n'est un secret pour personne aujourd'hui que la grande majorité des délinquants que l'on retrouve en prison ne possède aucune insertion socio-professionnelle valable ; sans chercher à savoir la part de cause ou conséquence d'une criminogénèse, le plus élémentaire bon sens voudra que l'on tâche prendre les premières mesures d'un reclassement social. Vont y contribuer selon le cas : l'enseignant, le chef d'atelier de Formation Professionnelle, le chef de chantier, l'animateur culturel et sportif, l'éducateur, etc... et le psychiatre en tant qu'il agira au niveau du trouble relationnel. Un problème se pose : qui pourra profiter utilement d'un tel équipement thérapique et selon quel critère de sélection ? Vous retrouverons donc ces différents spécialistes d'une part au niveau de la sélection près cet organe répartiteur qu'est le C.N.O. et d'autre part au niveau de la mise en application dans les diverses Maisons Centrales, Centres Pénitentiaires, quartiers d'Etablissements spécialisés créés en vue de à cet effet. A l'intérieur de chacun d'eux nous trouvons un dénominateur commun, qu'ils l'appliquent stricto sensu ou garde son esprit en l'adaptant au mieux des exigences - le Régime progressif.

Imaginé par un français au début du (XIXème siècle) M. HYDE de NEUVILLE, et expérimenté d'abord en Irlande (d'où son appellation anglo-saxonne de Mark System Irlandais), il cherchait à concilier Sécurité et Rééducation ... ces deux chevaux de bataille de l'Ecole Criminologique des années 30. Après une période d'isolement cellulaire pour une meilleure connaissance du délinquant et de ses Intentions, ce régime vise à une libéralisation progressive des rigueurs de la vie carcérale jusqu'aux premiers "élargissements" qu'ils s'appellent semi-liberté avec leurs

centres appropriés, leurs chantiers extérieurs, Liberté Conditionnelle puis liberté définitive. Le délinquant aura payé son tribut, purgé sa peine puisqu'il le faut, il aura réappris un travail au gré de ses aptitudes, exercé d'abord ce métier entre les murs de sa geôle puis peu à peu au service de la Société. Schéma idéal il s'en faut, dont les séquences sont rarement aussi harmonieuses ; nous en voulons pour preuve ces deux exemples et qui concernent évidemment la fraction la plus mobilisable des détenus :

- La Formation Professionnelle lorsqu'elle peut être acquise en accord avec les desiderata du sujet, et dès lors souvent menée avec succès !, ne fait que très rarement l'objet du travail pénal qui suivra, quand la libération n'intervient pas alors ; élément qui serait pourtant primordial par la sensibilisation, les gratifications et les perspectives pratiques réelles qu'il apporterait au sujet encore "protégé" par ses structures pénitentiaires somme toute sécurisantes.

- Quant à la nécessité d'une telle formation professionnelle ou celle, souvent rencontrée chez les plus jeunes, de poursuivre ou parfaire un enseignement scolaire, l'austérité et l'inadéquation au réel des préalables qui permettent d'en désigner l'opportunité n'ont d'égal que l'insuffisance, ici comme ailleurs, des moyens mis à sa disposition. Ce qui revient à dire que trop peu bénéficient des Prisons-écoles et Etablissements pour jeunes adultes d'Oermingen, de Loos, Toul et Ecrouves.

L'Administration Pénitentiaire dispose en effet d'une gamme variée d'Etablissements dont le caractère éducatif, dans la polysémie du terme, s'adapte aux longues et aux moyennes peines, aux condamnés primaires et récidivistes, qu'ils soient peu "endurcis" ou particulièrement difficiles, et en fonction de l'âge. Citons la Maison Centrale de Muret mise en service en août 1966, première Maison Centrale française construite spécialement pour l'application du Régime progressif, et bien d'autres avec elle : Caen, Ensisheim, Melun, Mulhouse... toutes "Maison Centrale à Régime progressif".

Citons encore pour son grand air et son soleil (!) : le Centre Pénitentiaire agricole de Casabianda, en Corse, domaine de 1800 hectares progressivement défriché et mis en valeur par des condamnés il va sans dire triés sur le

volet. Tellement plus sombre est celui où s'inscrivent les détenus "endurcis" condammés à de très longues peines pour lesquels les mesures de sécurité priment tout autre objectif faute, peut-être, de n'être pas intervenu avant que leur mal ne s'invétère, ne se fortifie dans des sanctions inopérantes. Ce sont les Maisons Centrales à régime Auburnien, surpeuplées, de Clairvaux, Nîmes, Poissy, etc...

Mais nous n'avons rien dit jusqu'ici du sort réservé aux condamnés à une courte peine au sens du Code de Procédure Pénale, paradoxalement il n'est pas des plus enviable. Ceux-là sont laissés à la disposition du Directeur Régional qui les répartit dans les Maisons d'Arrêt et de Correction de sa région. Le temps trop court qui lui est imparti ne permet pas à l'Administration Pénitentiaire d'entreprendre à leur égard quelque régime éducatif que ce soit et ce type de sanction n'aboutit qu'à désocialiser celui qui ne l'était déjà, à imposer une oisiveté et une promiscuité inconvenantes à celui qui n'était pas encore venu en prison. C'est démontrer à l'évidence l'inopportunité flagrante de la courte peine entendue au sens d'une mesure privative de liberté. La loi du 17 juillet 1970 tend peu à peu à la remplacer par la Semi-liberté, le Sursis avec mise à l'épreuve ou Probation voire l'amende pour les plus minimes infractions qui jusqu'ici conduisaient en prison. D'autres substituts à la peine sont à l'étude tels, à l'instar des modèles allemands et d'autres sur lesquels se penche le Conseil de l'Europe : le week-end pénal, les prestations de substitution, etc...*

IV - LE CENTRE NATIONAL D'ORIENTATION

Telle est l'infrastructure où ont conduit les principes régissant l'Individualisation des peines. Du système pénitentiaire de mise en application repassons au niveau préalable de la sélection : le Centre National d'Orientation

---

* Nous profitons de cette incomplète énumération pour renvoyer celui qu'intéresserait une approche plus détaillée de l'organisation des Services Pénitentiaires et autres problèmes connexes, aux cours très exhaustifs qui préparent à l'Attestation d'Etudes relatives à la Médecine Pénitentiaire, organisés par le Docteur G. FULLY et dispensés à l'U.E.R. de Médecine Légale, Droit Médical et Déontologie de l'Université René Descartes.

de Fresnes qui nous préoccupait au début de ce chapitre et qui doit décider de la manière dont il pourra être fait bénéfice, par le délinquant, de cette infrastructure. Parmi les principes régissant l'affectation des condamnés le C.N.O. occupe une place de choix. Il est l'instrument de l'Administration Centrale qui a charge de ces affectations pour ce qui tient aux "longues peines". Elle répartit elle-même directement les cas simples et qui concernent très souvent des peines allant jusqu'à trois ans ; les autres, ceux dont nous disions au début qu'ils risquent de lui poser problème ou qui paraissent relever de Maisons Centrales à Régime progressif ou plus spécialisées, elle a soin de les adresser au C.N.O. qui a précisément compétence nationale pour ce type d'affectation. Mademoiselle le Docteur BADONNEL, (Médecin assistant de l'Hôpital Henri-Rousselle) alors psychiatre consultant à la Roquette, a participé dès 1946 au feu des premières esquisses de ce Centre qui devait fonctionner dès 1950. Ce n'est qu'en 1954 que la procédure d'admission était définitivement mise au point. L'expérience montre qu'elle concerne surtout les condamnés dont les peines sont égales et supérieures à trois ou cinq ans, et particulièrement ceux d'entre eux dont l'Administration Centrale connaît mal la personnalité et le comportement ou sait déjà que la précarité de leur équilibre recommande l'avis du psychiatre. La décision d'affectation n'appartient cependant pas plus au psychiatre qu'aux autres membres de l'Equipe d'orientation, qu'il s'agisse du médecin généraliste, des deux psychologues, du psychotechnicien ou des quatre éducateurs. Par contre à chacun impartira la tâche de dresser le bilan des informations tirées des méthodes d'investigation qui lui sont propres, et de faire les propositions qu'il juge nécessaires. En cela il sera aidé par le "dossier préliminaire" qui accompagne chaque détenu, complément apporté par l'Administration Centrale à "l'Index de pré-classification" que chaque Surveillant-Chef des Maisons de détention d'origine aura eu le devoir de lui adresser. Ce dossier renferme des renseignements d'état-civil, d'ordre judiciaire, pénitentiaire, social, médical et psychiatrique de simple information ou médico-légal (copie d'expertises, etc...). Les temps d'observation sont réglés par session de deux à trois semaines chacune intéressant 30 à 35 condamnés. A leur terme les divers documents des membres de l'Equipe d'orientation sont compilés, leurs propositions respectives tendent à se fondre avec celle du Directeur administratif du Centre et, en dernier ressort, feront l'objet d'une délibération commune lors de la "Commission

de classement" qui siège deux fois par mois. Elle est présidée par le magistrat chef du bureau de la détention à la Sous-Direction de l'exécution des peines, et c'est lui qui, en vertu des derniers impératifs administratifs toujours très prégnants, prendra la décision finale au mieux des intérêts des quelques 700 à 800 condamnés qui chaque année sont affectés par le Centre National d'Orientation de Fresnes.

Que cette longue kyrielle de litanies procédurières qui n'a d'égal que la monotonie du travail quotidien, ne nous éloigne pas de l'essentiel de la vocation de ce Centre, du feu de ses premières esquisses : la condition sine qua non de l'Individualisation de la peine en fonction de la personnalité du délinquant. Cette vocation c'est aussi celle du psychiatre qui en venant au C.N.O. aura pour mission de compléter, nuancer ou établir s'il n'existe déjà, un dossier de personnalité aux fins de mettre en harmonieuse concordance traitements et desiderata des condamnés aux sens didactique et courant de ce mot, aux fins de réaliser la plus parfaite adéquation de leurs structures psychiques à la réalité du traitement pénitentiaire dont ils pourront bénéficier, première étape d'un traitement de plus longue haleine, celui du délinquant et qui devrait se poursuivre bien après qu'il aura quitté les murs de sa geôle. En cela nous devinons l'aide précieuse qu'apporte son collègue de la Maison d'Arrêt. Ce dernier aura finalement la tâche difficile, la lourde responsabilité, pendant les longs mois de l'Information judiciaire, de jeter les bases essentielles de ce programme de réadaptation.

V - LE CENTRE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE DE LA MAISON D'ARRET DE LA SANTE : SON ROLE

Ce travail capital qui intervient au stade du jugement et devrait éclairer toujours la future juridiction pénale, sera d'autant plus concerté, d'autant plus efficace qu'il aura profité des structures de soins, d'observation et de recherche d'un Centre Médico-Psychologique Régional. C'est dire toute l'importance de ce C.M.P.R. et le souhait qu'il soit organisé dans chaque Région Pénitentiaire, comme ce fut le cas à Paris, Lyon, Marseille, Loos et tout récemment à Bordeaux-Gradignan, Hagueneau. Une circulaire ministérielle du 30 septembre 1967 signée du Directeur de l'Administration Pénitentiaire sous le cachet

du Garde des Sceaux ministre de la Justice, précise leurs rôles, leur organisation, leur fonctionnement et l'exercice de leurs activités de recherche ou de documentation scientifique. Ce sont là les principes généraux, auxquels nous convions de se référer, tirés de l'expérience des six premières années d'activité du Centre Médico-Psychologique de la Maison d'Arrêt de la Santé. On peut y voir un modèle, nous nous contenterons d'en exposer les particularités, l'ampleur de son action, son devenir.

Nous appartenons à la deuxième "génération" des médecins qui s'y sont succédés depuis son ouverture et plus particulièrement depuis 1964 puisque c'est à cette date qu'il est devenu ce que nous en connaissons aujourd'hui, à quelques nuances près. Le C.M.P. doit beaucoup à la constance et au dévouement de son Médecin-Chef, le Docteur P.B. [illegible], dont le dynamisme et la ténacité ont su lui donner l'essor qu'il connaît ; sans manquer à la modestie on doit dire qu'il a fallu toute sa bienveillante compréhension, son intelligence aiguë de la psychiatrie pénitentiaire et sa sagacité pour le préserver d'embûches et de difficultés innombrables tout en répondant à l'exigeant idéal d'une profession qui met celui qui l'exerce entre le marteau et l'enclume, qui souvent lui impose le rôle de la "bonne mère", un rôle de gratification face aux appareils répressifs judiciaire et pénitentiaire.

1 - Service de consultation

Nous avons vu, en exposant l'historique des divers "moments" psychiatriques de la Maison d'Arrêt de la Santé, apparaître la fonction de simple Consultation d'Hygiène Mentale au sens de l'article D.395 du C.P.P. Nous la retrouvons au C.M.P., elle répond à l'exigence de prophylaxie et de soins des maladies mentales propre à toute collectivité mais qui prend ici, eu égard au type de population, une résonnance inhabituelle par le caractère souvent insolite et les spécificités de la demande. La morbidité en effet est qualitativement et quantitativement différente, on pouvait s'en douter puisqu'elle touche des gens aux conditions de vie pour le moins inaccoutumées dont la privation de liberté sera ici tenue davantage pour cause directe que corollaire commun. Mais cette morbidité, ce qui par contre pourrait surprendre, n'est pas, toute proportion gardée, plus grande ici qu'ailleurs. Son taux n'intervient pas mais ses exigences sont plus grandes et partant la réponse à donner. Cela tient pour une part à l'impor-

tance de la population pénale encore accrue par la fréquence de ses mouvements puisqu'ils sont responsables de son renouvellement rapide. Mais cela tient aussi au seuil de tolérance très bas de chacune des parties en présence, aux idiosyncrasies du gardé du gardien, l'un pour les maux dont il souffre, l'inconfortable d'une situation qui l'amène à presser et à multiplier ses demandes, l'autre pour les aspects ésotériques et amphibologiques d'une pathologie qui ne manque pas de l'inquiéter et de le provoquer.

2 - Service d'hospitalisation

Nous avons vu, grâce au Docteur CENAC, cette fonction de Consultation se doubler d'une mission "d'hospitalisation" en même temps que se créait le "Service Psychiatrique" conformément à l'article D. 397 du C.P.P. Cette autre activité appartient au C.M.P. qui prête ses locaux pour l'admission, à des fins d'observation, de diagnostic et de traitement, de ceux d'entre les détenus dont l'état mental et les soins qu'il exige ne sont plus compatibles avec le régime de la détention ordinaire. A ces fins il dispose de toutes les méthodes d'investigations qu'il désire, les divers services médicaux pénitentiaires et en particulier l'Hôpital Central de Fresnes (H.C.F.), voire les services hospitaliers parisiens, pouvant lui apporter leur concours et lui fournir à la demande la panoplie de leur paraclinique ; de même il peut avoir recours à la pharmacopée officielle et autres méthodes psychothérapiques, ayant soin d'ajouter qu'elles ne s'adressent pas à une "psychiatrie lourde" alors justiciable du placement à l'Hôpital Psychiatrique comme il est prévu à l'article D. 398 du C.P.P. A cet égard nous tenons tout de suite à préciser avec les prudentes précautions qu'exige la hantise de voir nos propos incompris sinon déformés, que nous ne recourons à cette ultime sanction que dans des cas extrêmes ; devant des troubles psychiques graves, souvent d'ordre schizophrénique ou mélancolique, dont le drame inconscient risque fort de déclencher des réactions désespérées susceptibles de mettre la vie de nos patients en danger. C'est reconnaître implicitement que nos moyens thérapeutiques ne sont encore nullement adaptés à cette pathologie assez rar , moins peut-être dans leur infrastructure, qu'il s'agisse du personnel "infirmier" insuffisant ou du type d'approche envisagé (chimiothérapique ou psychothérapique) que par les locaux et le régime de vie qui y est imposé, huile jetée sur le feu des morsures délirantes de celui qui n'a d'autres horizons 23 heures sur 24 que

les quatre murs rapprochés de sa cellule. En effet notre expérience tend à prouver qu'une telle mesure d'internement ne va jamais sans un constat d'échec et ne représente en rien ce qu'un esprit naïf et utopiste pourrait prendre pour une mesure humanitaire dès lors qu'elle signifie la sortie de prison. En fait "d'évasion" il convient de ne pas oublier qu'il s'agit là de malades dits médico-légaux dont les structures d'accueil au dehors n'ont rien d'un service hospitalier moderne, quand il ne s'agit pas d'Etablissements de sûreté pour aliénés dangereux ; faire du psychiatre de prison leur pourvoyeur rappellerait le temps révolu de PINEL et irait à contre courant des idées reçues des expériences passées, même quand il est de bon ton de les récuser. Si des mesures "d'élargissement" semblent devoir s'imposer, nos possibilités d'action ne se résument pas dans cette alternative et, sauf cas extrêmes encore une fois, il y a souvent moyen de dénouer pareils conflits très souvent éphémères, presque toujours réactionnels, et d'oeuvrer auprès des autorités compétentes, en l'occurence devant la Commission d'Application des peines créée tout récemment, pour convertir une sanction inopportune et devenue inopérante en Liberté Conditionnelle avec ou sans probation et mesures médicales post-pénales, pour ne citer que cet exemple. Du moins ce sont là les objectifs vers lesquels nous tendons. Pour clore cette "mise au point" sur une note gouailleuse qui cache en vérité toute la gravité et l'intelligence un peu fougueuse mais pleine de bon sens et de discernement de la conjoncture actuelle, on concevra tout le paradoxe à faire entrer un condamné dans ces Hôpitaux Psychiatriques qui s'éreintent sous des avalanches de critiques faute de voir leurs murs mis à mal.

Ces deux activités de consultation et d'hospitalisation sont mises au service de la triple vocation du psychiatre de prison : vocation de soins au sens habituel de l'Hygiène Mentale, nous venons de le voir, doublée d'une vocation de dépistage systématique de tous les entrants de la Maison d'Arrêt au double sens médico-légal et prophylactique, et vocation plus spécifiquement criminologique de recherche et d'étude du comportement criminel.

3 - Service de dépistage

La deuxième vocation de dépistage précède en quelque sorte toutes les autres et particulièrement la première, permettant ainsi de situer dans toute sa

rigueur notre récente prise de position quant à l'opportunité de l'internement ; des propos qui vont suivre s'en dégagera le sens. Chaque soir en effet l'un de nous, psychologue et psychiatre, examine chacun des inculpés placés par le Parquet ou le magistrat instructeur sous mandat de dépôt. S'il arrive que le délit reproché soit directement en rapport avec un trouble mental avéré ou s'il ouvre la scène d'un processus pathologique encore à son début et que, dans les deux cas, ils aient échappé à la sagacité du commissaire de police qui aurait alors adressé son auteur à l'Infirmerie Psychiatrique de la Préfecture de Police (à Paris), notre rôle est alors d'informer la justice pour qu'elle arrête là son action au profit d'examens, d'expertise ou de soins par voie de placement en hôpitaux psychiatriques. Là deux remarques s'imposent : l'absence totale de compétence du ministère public pour un tel discernement et on ne pourrait lui en tenir rigueur mais alors l'obligation qu'il y aurait eu d'intervenir avant la première sanction toujours traumatisante de l'incarcération. Nous ne pensons pas pour autant qu'il faille instituer dans un but de prophylaxie criminelle des Centres spécialisés où serait adressé "manu militari" chaque déséquilibre dont on aurait perçu le potentiel de criminogénèse et comme semblerait le prétendre certains, notamment en matière de toxicomanie. Certes dans la politique générale de secteur en psychiatrie, nous avons vu la nécessité de création de réseaux spécialisés comme ce fut le cas avec la loi du 15 avril 1954 ; certains aujourd'hui discutent le bien fondé de la mise en place "d'Equipes Drogue !". Si l'on comprend que de tels réseaux spécialisés doivent rester en étroite liaison avec les équipes de secteur, dans quelle mesure convient-il de les articuler avec l'appareil judiciaire ? Enfin dans la nécessaire extension du champ de la Psychiatrie jusqu'où faut-il pousser la spécialisation ?

Mais, revenant à notre propos, ce que nous voulions dire quant à notre préoccupation du dépistage du trouble mental chez le délinquant arrêté en nous faisant après 40 ans, et d'une certaine manière puisqu'il n'était pas animé des mêmes désirs, l'écho des écrits de M. GUILBERT, c'est qu'il puisse se faire un jour plus près du Parquet avant même les procédures d'inculpation et de mise sous mandat de dépôt. En cela nous allons plus loin que les souhaits de notre collègue Madame le Docteur SCHAUB qui en 1965 soulignait magistralement la nécessité d'un dépistage d'Hygiène Mentale au cours des procédures de jugement accéléré dans une étude à laquelle nous convions vivement de se référer. De telles

mesures visent en effet surtout et avant tout une grande majorité des délinquants, les "flagrants délits", représentant près de la moitié des entrants quotidiens de la prison et qui le lendemain seront traduits devant le Tribunal Correctionnel. Les raisons sont nombreuses pour considérer pareille procédure surannée et manquant totalement les objectifs d'une réelle prophylaxie criminelle quand ce ne serait pas ceux de la plus élémentaire assistance psychiatrique dont la presque totalité de ces sujets devrait bénéficier... souvent étrangers, sans feu ni lieu, sans son ni maille, presque toujours grands alcooliques, condamnés très souvent à une courte peine et qui récidivront un délit absurde ou de nécessité neuf fois sur dix ! Il n'est plus séant aujourd'hui de vouloir faire un feu des cendres de la veille puisque désormais et grâce au dépistage systématique du Centre Médico-Psychologique de la Maison d'Arrêt de la Santé, cette population malheureuse peut bénéficier de tout un réseau d'assistance et de réadaptation. Alors pourquoi, et pour certains d'entre eux, le faire débuter de l'intérieur d'une Prison ?

Pour ce qui est donc de l'actuelle fonction, à proprement parler médico-légale, du dépistage de notre Service d'Accueil et d'Orientation, elle est assez évidente pour qu'il ne soit pas utile de s'y étendre davantage. Tout au plus préciserons-nous qu'elle permet faute de mieux d'alerter l'autorité judiciaire compétente et de déclencher examen médico-psychologique ou expertise là ou la procédure de flagrant délit ne les prévoit pas, mais aussi dans les autres types de procédure, en en signalant l'urgence dans une affaire criminelle, ou lorsque le Code n'en fait pas une obligation (affaire correctionnelle) et lorsque le magistrat instructeur n'en voit pas l'opportunité ainsi que l'article D. 81 du C.P.P. lui en donne la possibilité.

Nous ne saurions enfin terminer l'exposé descriptif de ce Service d'Accueil et d'Orientation sans rappeler qu'il est aussi l'occasion d'une prophylaxie d'Hygiène Mentale ; il permet de remarquer au passage ceux des nouveaux incarcérés dont la fragilité des structures psychiques aura à souffrir, à plus ou moins long terme, des conditions de vie du milieu carcéral et partant de prendre des mesures de soins préventives si ce n'est d'assurer la continuité de soins débutés antérieurement à l'incarcération. Il permet aussi le signalement de ceux qui tombent sous le coup de la loi du 15 avril 1954. Il apporte enfin

un matériel indispensable à la recherche criminologique et particulièrement clinique, grâce à son important fichier où sont ramassés et sélectionnés les cas réclamant à cet égard le plus d'intérêt. Chaque soir ce Service accueille en moyenne une vingtaine de prévenus.

Qu'il s'agisse d'activités d'observation, de soins ou de dépistage, la tâche ne manque pas aux cliniciens du Centre Médico-Psychologique, et toute son ampleur n'a pas encore été évoquée !. En effet semblables compétences ne se limitent pas aux seuls détenus de la Maison d'Arrêt de la Santé mais à l'ensemble de la population pénale de la Région. D'autres Consultations d'Hygiène Mentale sont organisées dans les diverses Maisons de détention de la Région de Paris (Fresnes, Fleury-Mérogis et le Docteur MEROT, etc...) mais le caractère hospitalier du Centre Médico-Psychologique en fait le lieu obligé où sont adressés tous les cas exigeant une hospitalisation aux fins d'observation, de traitements ou comme préalable à une demande d'orientation vers un établissement spécialisé pour psychopathes ; nous avons vu à propos du Centre National d'Orientation de Fresnes cet autre rôle de pré-orientation dévolu au Centre Médico-Psychologique. Les chiffres que nous citerons à la fin de ce chapitre permettront de se faire une idée plus exacte de l'étendue et de l'importance du champ de ses activités.

4 - Service clinique de criminologie

Quant à la troisième vocation, plus spécifiquement criminologique et qui fait du psychiatre de prison un criminologue clinicien, le Docteur J.E. HIVERT, à partir du matériel apporté par le Centre Médico-Psychologique, a su lui donner le cadre universitaire propre à la recherche et indispensable à la documentation scientifique. Directeur d'Enseignement clinique à l'U.E.R. de Psychiatrie de l'Université de Paris VI, chargé de l'enseignement de Criminologie à l'U.E.R. de Sciences Humaines Cliniques de l'Université de Paris VII, il nous a guidé et éclairé tout au long de notre difficile apprentissage, il a su nous donner un enseignement dont nous espérons avoir tiré profit et dont nous tenterons de faire le bilan des acquisitions au dernier chapitre de cette étude.

VI - LE CENTRE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE : SON ORGANISATION ET SON FONCTIONNEMENT

Nous avons parlé du rôle du Service Psychiatrique de la Maison d'Arrêt de la Santé, voyons maintenant son organisation pratique et son fonctionnement. Considéré comme un des services de l'Etablissement pénitentiaire, "... il est placé sous l'autorité du Directeur de la Maison d'Arrêt et du Directeur Régional des Services pénitentiaires. (...) Le Médecin-Chef exerce son autorité sur le plan médical, il coordonne l'activité médico-psychologique de ses confrères et des spécialistes psychologues et répartit entre eux les différentes tâches qui rentrent dans la mission dévolue au Service Psychiatrique."

Apportent en effet leur collaboration au médecin-chef, pour ce qui est de l'Equipe soignante : 8 médecins dont cinq travaillent à mi-temps, les trois autres n'assurant qu'une à deux vacations par semaine, 3 psychologues, 1 infirmier. La présence d'un seul infirmier déconcertera à juste titre même si l'on sait qu'il est largement aidé par le personnel de surveillance ; bien que sélectionné et sensibilisé aux tâches médico-psychologiques, un personnel de surveillance ne pourra jamais remplacer une équipe infirmière que nous refuse encore nos moyens budgétaires. Nos collègues psychologues répondent aux demandes d'investigations paracliniques qui leur sont propres, participent aux techniques de soins psychothérapiques et au dépistage systématique des sujets suspects de troubles neuro-psychiques. Les médecins assurent en effet chaque soir, comme nous l'avons dit plus haut, le fonctionnement du Service d'Accueil et d'Orientation. Ils sont largement secondés par un membre du personnel de l'Administration formé par notre Equipe à charge de recevoir le premier chaque détenu, et de lui faire remplir un questionnaire biographique et anamnestique très détaillé dont le but est de faciliter grandement le travail de consultation et de dépistage, mais aussi de constituer les premiers éléments d'un dossier. Quant à leurs activités diurnes, elles se répartissent entre l'observation et les soins des détenus (prévenus ou condamnés) hospitalisés et le large service des Consultations. Ainsi que nous l'avions annoncé plus haut la fréquence de ces consultations est très grande, elles satisfont la demande des intéressés eux-mêmes dont les sollicitations nombreuses et répétées sont exprimées directement par lettres adressées au Service par le courrier intérieur. Elles répondent

aussi aux souhaits du Service de Médecine générale, du Service Social ou de l'Administration locale et là fréquemment à l'occasion de manifestations plus ou moins pathologiques d'opposition ou d'agressivité devenant vite intolérantes, et plus particulièrement en toute circonstance touchant aux articles D. 168 et D. 170 du C.P.P.*

Le reste de l'Equipe se compose d'une Assistante Sociale arrivée très récemment (nous ne bénéficions jusqu'ici que du Service Social de l'ensemble de la détention), d'un Secrétariat avec une secrétaire et deux membres du personnel de surveillance plus spécialement chargés de cette fonction. Le personnel de surveillance, sous l'autorité administrative directe d'un brigadier (présent dans le Service), comprend 6 surveillants pour la journée et 2 surveillants pour la nuit. Il a la garde de 90 détenus représentant l'effectif complet du Service toujours réalisé !, auxquels sont distribuées 72 cellules individuelles et 6 cellules de trois. Les cellules se répartissent sur trois niveaux : le rez-de-chaussée qui, avec l'infirmerie, sa salle de soins et sa pharmacie, comprend la cellule de "l'auxiliaire" (détenu classé comme factotum) et les 12 cellules de ceux qui réclament observation et soins très attentifs ; au premier et au second étage, courant le long de coursives, nous trouvons les 65 autres cellules. Depuis plus de dix ans maintenant, le médecin-chef n'a eu de cesse que d'apporter constamment amélioration et rénovation, ce n'est certes pas l'essentiel mais en prison cela compte beaucoup.

Au rez-de-chaussée s'organisent les activités de l'Equipe médico-psychologique avec 4 bureaux médicaux, 1 bureau pour les psychologues, celui de l'Assistante sociale, celui du brigadier, 1 secrétariat, 1 salle de réunion, des

---

* Article D. 168. .... Les détenus punis doivent être visités par le médecin, si possible dès leur mise en cellule de punition et en tout cas deux fois par semaine au moins. La punition est suspendue si le médecin constate que sa continuation est de nature à compromettre la santé du détenu.

Article D. 170. ... Les détenus placés à l'isolement sont l'objet d'une surveillance médicale dans les mêmes conditions que les prisonniers punis de cellule. Le médecin émet, chaque fois qu'il l'estime utile, un avis sur l'opportunité de prolonger la durée de l'isolement ou d'y mettre fin.

sanitaires. Qu'il nous suffise de dire pour achever l'évocation de ce Service, qu'on le trouve au lieu et place de la 4ème Division de la Maison d'Arrêt de la Santé après avoir franchi 4 portes et 3 grilles toutes gardées par des membres du personnel de surveillance de la prison et n'entre pas qui veut !

Achevons ce chapitre avec le commentaire de quelques chiffres qui nous donnerons, pour l'année 1971, une certaine idée des activités du Centre Médico-Psychologique ; activités qui reposent par ordre d'importance sur les appels des détenus eux-mêmes, de l'Equipe soignante pour les contrôles thérapeutiques, du Service de dépistage ou sur les signalements que lui font les divers services de la prison (médical, administratif, social), les autorités Judiciaires et Administratives (régionale et centrale) de leur propre chef ou à la requête des autres Services pénitentiaires de la Région, dont l'Hôpital Central de Fresnes, quand ce n'est pas à la demande des familles, des experts ou des avocats. Les 7.600 signalements de l'année 1971 ont fait l'objet de 7.749 consultations avec ouverture de 1.747 nouveaux dossiers, et permis l'hospitalisation de 426 malades dont la durée moyenne de séjour a été de 72 jours. Pour ce qui est des hospitalisations il est intéressant de noter que les trois grands pourvoyeurs en sont le Service d'Accueil et d'Orientation , l'Hôpital Central de Fresnes et l'Administration Centrale respectivement pour 24,64 %, 24, 54% et 19,95 % ; le détenu qui était lui-même à l'origine de près de 33 % des Consultations, n'est amené à demander directement l'entrevue avec le psychiatre qui se soldera par l'admission au Centre que dans 7,51 % des cas ! Précisons que l'hospitalisation au Centre n'a débouché sur un internement en hôpital psychiatrique que dans 20 % des cas, moitié après non-lieu - article 64 sur rapport d'Experts, moitié à la demande des médecins de l'Equipe. Rappelons enfin que les chiffres de 1961 ont été sensiblement multipliés par 27 !

* *

CHAPITRE III

Notre clinique de tous les jours.

I - PREAMBULES

Qu'il fut poussé par sa curiosité ou mandé par le législateur, il n'est pas de médecin qui ne se soit attaché dans sa rencontre avec le criminel à décrire telle pathologie. Inhérente à sa condition d'homme criminel, qu'elle soit entendue dans des perspectives de dégénérescence, de prédisposition innée, de troubles structuraux de sa personnalité, qu'on la considère acquise avec expression médico-légale ou bien encore de pure création carcérale, chacun a cherché à décrire, ordonner, classifier telle séméiologie, telle manifestation morbide. Selon le goût du jour ou au gré des sujets favoris d'un médecin, d'une école, le délinquant fut appréhendé de mille et une manières, soit que l'on ait cherché à rendre compte d'une éventuelle personnalité criminelle, soit que l'on ait tenté de cerner et rendre intelligible des troubles disparates et inhabituels se succédant de façon rapide et changeante à l'intérieur de chaque rencontre et d'un individu à l'autre.

Pour le médecin le lieu privilégié de cette rencontre est la prison, plaque révélatrice d'une fragilité latente diront certains mais combien entachée d'artefacts, c'est une approche artificielle, imposée, obligée. C'est derrière ses barreaux que le psychiatre devait aller chercher l'irresponsable, le fou et du même coup sa démarche s'est emprisonnée dans les termes arbitraires et tranchants du dilemme "s'il n'est pas fou il est normal et responsable". Nous payons cher pareille dichotomie malade-criminel, tant en ce qui concerne la Criminologie dont les recherches sont encore entravées qu'au plus simple niveau de la

relation du médecin avec le délinquant. D'autres facteurs encore sont venus perturber une relation déjà précaire et mal assise sur les inconfortables tabourets de prison, facteurs d'ordre moral générateurs de méfiance, de suspicion à l'égard de celui qui a trompé la Société, quand ils ne sont pas à la source de la trouble résurgence d'une culpabilité fantasmatique à l'évocation de l'inavouable désir ou plus banalement de la convoitise interdite et jalouse ! ... autant d'attitudes bien peu compatibles avec un rôle d'observateur scientifique voire même de thérapeute. Elles ont été à l'origine d'excès de toute nature, des positions franchement accusatrices et démissives d'un certain LEGRAND médecin du bagne calédonien qui s'esclaffait : "Ah, le fouet, la corde, il n'y a que cela pour les canailles", (pour ne pas citer LOMBROSO) jusqu'à la détermination follement humaniste des partisans de la "folie pénitentiaire" qui dénonçaient les méfaits de l'emprisonnement en l'accusant de rendre fou (SAUZE, HUREL, RITTI à la fin du 19ème siècle). Dans de nombreux écrits traitant de pathologie carcérale, médicale ou psychiatrique, nous sommes frappés par le continuel balancement entre ces pôles extrêmes, celui qui à des degrés divers, reconnaîtra toujours un trouble au détenu à l'appui de pathogénies plus ou moins obscures, et celui qui ne verra jamais chez lui qu'un froid calculateur toujours à la recherche de quelques bénéfices secondaires ... à cet égard il est intéressant de noter que le seul récent ouvrage en la matière ne traite que de simulation (J.A. WEIL : Simulations médicales). Nous reviendrons un peu plus tard sur cette viciation fondamentale des relations humaines et qui nous a déconcerté dès notre arrivée en prison.

Abandonnant la question de la volonté libre ou du déterminisme et l'alternative malade-criminel préoccupations de l'expert, certains cliniciens des Services Psychiatriques des Prisons ont reconnu chez leurs patients dans leurs troubles actuels une étroite parenté avec ceux retrouvés par les enquêtes anamnestiques, dans un curriculum vitae heurté toujours très semblable et dont l'histoire caractérologique a suscité des réactions diverses ; partant ils s'accordent à leur attribuer une pathogénie commune. Mais il existe aussi, sinon une psychopathologie carcérale isolée, du moins des déterminants dans cette privation de liberté dont le Docteur HIVERT a dit qu'elle est "un état qui apparaît comme pathogène au sens très large par son caractère inhabituel, antiphysiologique, contraire aux besoins de l'homme". Rien d'étonnant que l'homme réagisse à sembla-

ble situation en fonction de son histoire personnelle, que ce soit de façon passive ou active où d'aucuns voient alors : agressivité, impulsivité, malignité, inaffectivité, rétivité ... habituelle litanie dont la péjoration va de paire avec ce que LAGACHE appelle "l'échec du psychiatre à appliquer au criminel les schémas psychiatriques".

Sans chercher pour l'instant à tirer arguments pour une pathogénie et une étiologie, nous allons développer au long de ce chapitre ce que nous a permis de connaître notre clinique de tous les jours au Centre Médico-Psychologique de la Maison d'Arrêt de la Santé, d'abord au plan séméiologique puis au niveau relationnel ce qui nous permettra peut-être de la comprendre mieux et surtout de lui opposer la meilleure attitude. Nous tenterons effectivement d'en tirer un enseignement pour une meilleure approche du délinquant, étape préliminaire des traitements psychiatrique et plus largement criminologique ; ils pourront se fonder sur une pathogénie commune que nous aborderons ensuite. Notre expérience concerne, cela va sans dire, une population essentiellement masculine, pour la plupart des prévenus mais aussi les condamnés à de courtes peines demeurant à la Maison d'Arrêt et ceux des autres Etablissements pénitentiaires de la région adressés au C.M.P. fréquemment à l'occasion d'épisodes dépressifs, d'états d'agitation avec crises clastiques et assortis de tentatives de suicide plus ou moins graves ou bien à l'occasion de décompensations d'allure psychotique souvent de courte durée. C'est dans ces conditions que nous avons été amenés à rencontrer des condamnés à de longues peines et le plus souvent à leur fin, aussi paradoxal que cela puisse paraître.

D'emblée nous avons été saisi par une clinique très différente de celle de l'Hôpital Psychiatrique, tout y est plus flou, plus vague, moins systématisé, moins classique. Néanmoins cette pathologie est bien là, bien présente, mais elle se laisse mal saisir, plus encore en prison qu'à l'hôpital elle refuse de se plier aux cadres rigides de la nosographie classique dont nous savons qu'elle rend très rarement compte, et de manière satisfaisante, de la réalité. Ne peut-on dire qu'elle est une somme d'artefacts dans une représentation descriptive de scènes où l'homme était impuissant à comprendre le drame de celui qui "jouait" devant lui ; c'est ainsi qu'on a fait du maniaque un homme hyperjovial, ludique alors qu'il souffre d'une perte d'objet continuelle qu'il doit

incorporer là, vite, tout de suite, et qu'il tue faute de ne savoir en jouir. Lorsqu'on le tient, lorsqu'enfin on peut l'étiqueter, le faire entrer dans ce cadre réconfortant, le trouble s'évanouit, il disparaît, trop éphémère, trop fugitif !. Ce ne sont pas là mauvaises figures de rhétorique, c'est la réalité surprenante, le monde déconcertant de la prison où semblent exister davantage des situations psychiatriques que des maladies mentales à proprement parler. Autre remarque préliminaire plus quantitative cette fois et dont on pouvait se douter (à l'instar de certaines cliniques par rapport à l'asile), les troubles caractériels et du comportement, névrotiques ou psychopathiques, occupent le devant de la scène aux dépens des plus rares manifestations psychotiques. Nous y sommes confrontés dans des circonstances différentes qui en nuancent l'urgence : à l'occasion d'incidents d'apparition plus ou moins brutale et de gravité non forcément proportionnelle, venant toujours troubler l'ordre de la détention et responsables d'un appel impératif de l'administration ("... à présenter d'urgence au psychiatre"), dans des situations similaires mais concernant notre propre Service, à l'arrivée au C.M.P. de détenus venus de Maisons extérieures, le soir au cours du dépistage, enfin dans un climat plus serein, plus propice au dialogue chaque fois qu'un détenu nous écrit pour demander une entrevue. Nous pouvons donc schématiquement isoler une séméiologie "d'urgence", d'une séméiologie plus banale qui n'en est pas moins importante au même titre que la première ne présente pas nécessairement un caractère de gravité ou d'intérêt.

II - UNE SÉMÉIOLOGIE D'URGENCE

1 - La réaction impulsive

Dans la majorité des cas, cette séméiologie "d'urgence" représente toute la banalité des avatars de la vie carcérale, des relations gardien-gardé ou des détenus entre eux, ce qui ne veut pas dire qu'il soit toujours facile de lui rattacher cette cause de loin la plus fréquente. Ce sont les conduites réactionnelles, d'opposition le plus souvent, où l'agressivité comme l'intentionnalité prennent part à des degrés variables. Nous voyons défiler tout un cortège de comportements, d'attitudes dont il serait bien mal aisé de clore la liste. Ce sont tous les états d'agitation dont la violence va commander la plus ou

moins grande clasticité, l'importance d'une agressivité qui s'exercera sur l'autre ou se retournera sur la personne propre quand elle ne suit pas ainsi la première !. Ce sont : le coup de poing, la cellule saccagée, la tête contre les murs... classique déroulement dont la séquence ultime revient le plus souvent à la crise convulsive de la série névropathique. Avec le recul de l'événement passé il est intéressant de noter, à partir des rationnalisations dusculpatrices ou de complaisance de l'intéressé à l'égard de l'accès dont l'antécédance est brandie avec fatalisme, que par rapport à sa génèse son déroulement surprend : il n'intervient pas au moment qui nous apparaît le plus déclenchant. Par un processus de rétention, à l'image du ressort dont les spirales se tendent de plus en plus, le détenu "accumule ses contrariétés" puis explose "au moment où l'on ne s'y attendait pas" comme dit le langage populaire. On retrouve là le climat de convulsivité ou paraconvulsivité dont parle J. DUBLINEAU, comportement par à-coups, en "tout ou rien". Il faut faire ici une place aux cas "d'épilepsies affectives" ou d'hystéro-épilepsies quand ce ne sont pas des crises névropathiques survenant chez des épileptiques avérés... écheveau inextricable où l'on se perd en conjectures et dont nous avons eu à connaître un exemple agrémenté de manifestations viscérales à type de "boule" épigastrique et de spasmes coliques (aura ou hystérie ?) qui résistait dans son "état de mal" à 500 mg. de Pentothal IV plusieurs fois renouvelés !. Citons un autre cas de manifestation spectaculaire : un détenu nous est amené sur un brancard, animé de soubresauts musculaires, présentant une hypertonie spasmodique généralisée avec membres inférieurs en extension varus-équin, membres supérieurs en flexion pronation et qui se lamentait d'être atteint de paralysie.... classique tableau de conversion hystérique qui disparut très vite à la simple suggestion. Toutes ces crises ont en commun d'attirer l'attention de tous, de mobiliser toutes les énergies !. Excepté le premier de ces deux exemples, elles trouvent toutes très vite leur apaisement dans le bureau du psychiatre auquel elles ont bien sûr conduit, ou mieux dans la catharsis qu'elles produisent. Nous laissons là pour le moment le caractère d'utilité que l'on pourrait y voir comme nous le ferons du reste pour tout ce qui suivra.

2 - La réaction passive

Ces épisodes bien sûr peuvent être plus insignifiants, se présenter à minima voire exprimer le même contenu dans des attitudes plus subtiles faites, à l'inverse, de passivité où les gestes, les réponses se déroulent dans une apparente incohérence, discordance, inquiétant beaucoup l'entourage. S'agit-il toujours de ce pseudo-syndrome de GANSER de l'enfant boudeur qui s'amuse "à faire le fou" ou d'un trouble plus morbide qu'on le croit ? Un sens clinique aigu doublé d'une saine expérience permet souvent de faire le départ entre le versant hystérique et des états qui s'apparentent davantage à certaines crises catatoniques ou cataleptiques comme l'a souligné BARUK. Mais là encore de tels états n'ont jamais débouché sur une authentique symptomatologie dissociative, ils s'estompent très vite, on n'entend que très épisodiquement reparler et l'évolution ne tranche jamais ... hystérie, schizophrénie, subtile maquillage ou monologue incompris d'une ethnie dont la sémantique et la syntaxe nous sont étrangères ? (prédominance de sujets nord-africains dans ces cas là).

L'austérité et la rigueur des règles de vie, dont certains prétendent qu'elles goûtent avec perversité pénitence et mortification, sont autant d'épines irritatives qui jalonnent l'existence du prisonnier, corollaires de telles explosions motrices, affectives. Mais plus souvent encore elles trouvent un exutoire dans la sévérité jugée excessive de l'autorité judiciaire ou dans les lenteurs de sa procédure, d'une information qui n'en finit plus et qui n'est rythmée que trop rarement par un entretien au cabinet du juge d'instruction. Le langage est alors souvent différent, le geste plus intentionnel comme nous le verrons plus loin.

3 - Tentatives de suicide et automutilations

Des conséquences plus dramatiques peuvent marquer semblables comportements, ils peuvent être à l'origine de brutales tentatives de suicide dont on ne peut manquer de relever le caractère spectaculaire, théâtral, outrancier : lacération des avant-bras, précipitation céphalique contre un mur, dans le vide : jamais dans ces cas là nous ne les avons vues atteindre leur but, déployées dans une atmosphère hurlante elles sont stoppées en temps voulu, elles n'ont pas le caractère des gestes autodestructeurs du raptus anxieux par exemple, ni la froide

détermination des conduites que nous allons décrire et qui peuvent avoir des significations très variées tant dans les fins qu'elles poursuivent que dans le trouble qu'elles suggèrent.

Toujours sous cette même rubrique nous trouvons en effet toute une série d'automutilations, de gestes suicidaires ou équivalents. La plupart tiennent leurs causes dans ces épines irritatives auxquelles nous faisions allusion, elles sont pour le détenu les seuls moyens de marquer son mécontentement, de se faire entendre... langage déformé de la prison ; d'autres par contre font appel à de graves désordres psychiques.

Nous avons bien connu un garçon de 25 ans, multirécidiviste, qui pour obtenir tel transfert d'établissement s'était enfoncé des aiguilles en maints endroits du corps, sous la peau, entre les côtes, dans la région carotidienne, etc... ; l'une d'elles fichée dans le genou devait imposer l'acte chirurgical. A l'issue de cette intervention il fut admis dans le service, il se mit alors à se plaindre des maux divers que lui causaient ses corps étrangers migrateurs ne comprenant pas pourquoi le chirurgien ne les avait pas tous tirés, et, pour obtenir semblable satisfaction, il n'hésitait pas à en introduire d'autres !. Cet exemple qui heurte le bon sens illustre bien certaines personnalités de détenus assez souvent rencontrées. On a su l'intérêt que notre condamné portait aux services de l'Hôpital Central de Fresnes à son goût plus confortables, mais ne pourrait-on dire que d'une certaine manière c'était aussi porter la haire et le cilice !.

Avec les mêmes motivations on rencontre l'ingestion de liquides corrosifs, de lames de rasoir, de vis, de grenaille... objets les plus divers, les plus inattendus qui sont aussi introduits dans l'urèthre, dans le rectum... toutes les analyses connexes sont permises, la symbolique est riche et nous y reviendrons. Les brûlures de cigarettes volontairement pratiquées sur la face dorsale des mains, des avant-bras ne manquent pas à l'appel quand il ne s'agit pas d'effacer par ce cuisant procédé certains tatouages... manière de sacrifier et de purifier par le feu cette autre peau que l'on s'était donnée !.

Ces automutilations diverses même lorsqu'elles touchent à la sphère sexuelle (introduction d'objets dans l'urèthre) ne rappellent pas ou très mal la schizophrénie, elles n'en ont pas la symbolique, elles demeurent étrangères à la désorganisation de sa vie affective, à ses discordances psychomotrices, ses

impulsions catatoniques, du moins n'en avons nous jamais rencontrées avec cet éclairage. Les plus graves d'entre elles, les plus troublantes mais aussi les plus rares (tel ce garçon, dont nous a parlé le Docteur [illegible], qui s'enfonça un tournevis dans la boîte crânienne frappant le manche contre le mur alors qu'il maintenait la pointe contre sa tempe !), nous ne les avons pas rencontrées. Qu'elles expriment une plus ou moins grande volonté de mourir ou la quête désespérée de tel hypothétique changement de vie, il est difficile de ne pas sentir leur appartenance, même s'il est éphébère et non évolutif, à un grave désordre du monde des instincts. Faut-il se "sentir mal dans sa peau" pour la soumettre à d'aussi cruelles tortures, de quels sacrifices expiatoires s'agit-il et au nom de quelles culpabilités.

4 - Le suicide

Le suicide est tenu en horreur par l'Administration, elle s'emploie à le prévenir créant ainsi parfois la menace d'un tel passage à l'acte qui là s'engage à menacer définitivement l'intégrité du corps : c'est l'ultime appel du reclus ou l'ultime sanction qu'il s'inflige, le châtiment libérateur. Oui tout peut être vu, du plus ou moins tragique simulacre brandi en prophétique menace, jusqu'à la terrible exécution dans l'intimité d'une cellule et dont on a parfois le sentiment confus qu'il eut été impossible de l'éviter. Les deux suicides que nous avons enregistrés en deux ans l'ont été par pendaison, moyen le plus fréquemment utilisé, il s'agissait de prévenus, l'un d'eux était inculpé d'inceste. Nous retrouvons là les caractéristiques et situations privilégiées les plus souvent rencontrées dans une étude des Docteur J. [illegible], P.B. [illegible] et S. [illegible], faite en 1965 et portant sur les suicides accomplis en prison au cours des six années précédentes. Cette étude révèle que les gestes désespérés sont assez souvent liés à la situation carcérale (contrairement aux précédentes statistiques de suicide) qu'à un événement traumatisant touchant aux liens affectifs pouvant tôt et jalousement conservés qui unissent le détenu avec l'extérieur ; assez autres, rares sont ceux intervenant à l'occasion d'une punition. On note aussi que sur les 109 prévenus suicidés (il y en avait 183 au total) 16 seulement avaient fait l'objet d'un dépistage et se trouvaient en surveillance à l'annexe psychiatrique de leur établissement !. Ces travaux ont surtout le mérite d'attirer très précisément l'attention sur les moments les plus propices, les plus féconds en gestes

suicidaires dans le déroulement du séjour pénitentiaire et d'en permettre ainsi une meilleure prévention ; en particulier ils insistent sur toute l'importance de l'accueil à réserver au prévenu à son arrivée en prison, la majorité de ces suicides intervenant dans les premiers temps de l'incarcération. Pour les deux qui nous concernent, l'analyse du dossier paraît montrer la prégnance d'une culpabilité irréelle, fantasmatique, terrifiante, sans grande parenté cependant avec le classique syndrome mélancolique.

5 - La grève de la faim

Doivent être envisagées, pour achever cette énumération, les grèves de la faim bien connues en prison depuis une vingtaine d'années et dont le développement paraît lié aux incarcérations à caractère politique survenues à l'occasion des événements d'Algérie. Elles sont considérées par certains comme équivalents suicidaires, par d'autres comme efficaces moyens de revendication, de protestation contre une mesure vécue injustement et c'est là le cas des grèves de la faim collectives concernant souvent les détenus politiques. S'y apparentent aussi les grèves individuelles mais leurs motivations sont plus complexes et ne paraissent pas se limiter à la seule revendication ; le choix d'un tel moyen, même s'il a fait la preuve de son efficacité, et surtout l'acharnement rencontré à conduire pareille épreuve jusqu'à son terme laissent flotter un lourd climat de morbidité où s'entremêlent pulsions de mort, masochisme, narcissique et obsédante détermination, ascèse et purification dans une dénégation du sordide réel pénitentiaire, etc... Cette pratique qui choque l'entendement et force le respect a suscité les réactions les plus diverses, fait couler beaucoup d'encre et imposé que soient codifiées les attitudes à prendre à son égard dans un souci à la fois humanitaire et de respect de la liberté de celui qui décide d'en user. En effet quel paradoxe, nous dit HOCHMANN, que "ce respect attentif d'une liberté dans un monde dont le postulat est justement la privation de liberté ...!" A telle enseigne qu'en 1952 le Garde des Sceaux posa le problème à l'Ordre des Médecins afin de définir les conditions dans lesquelles le médecin peut prêter son assistance à une personne en péril et dès l'instant où elle est reconnue non aliénée (il convient en effet de distinguer la grève de la faim de l'anorexie mentale, de la sitiophobie ou autre conduite alimentaire du genre relevant d'un trouble mental). Un compromis paraît avoir été trouvé en l'article D. 390

du Code de Procédure Pénale, il permet d'éviter toute mesure coercitive qui viserait à intimider le détenu pour le forcer à reprendre son alimentation : "Si un détenu se livre à une grève de la faim prolongée il peut être procédé à son alimentation forcée mais seulement sur décision et sous surveillance médicale et lorsque ses jours risquent d'être mis en danger". Dans la pratique le gréviste est mis en observation en cellule individuelle, non pour étouffer dans l'oeuf l'exemplarité d'une volonté mais par souci de préserver cette situation des retentissements passionnels nuisibles pour l'intéressé et qui tendent toujours à lui ôter son libre arbitre. Exclus de la dialectique qui s'est nouée nous nous efforçons de rester présent dans une relation essentiellement non directive, dédramatisante, qui se borne souvent à l'analyse des bénéfices secondaires mais surtout laisse ouvert un dialogue où, quel qu'il soit, l'appel pourra être perçu. Il va sans dire que toute tentative d'abord rationnel d'un tel comportement est bien sûr vouée à l'échec. Lorsque les désordres biologiques (à ce propos il faut toujours garder présent à l'esprit le risque d'encéphalopathie carentielle type GAYET-WERNICKE), ou la survenue de complications rénales, cardiovasculaires, commandent la réanimation, il est habituel de constater que l'envoi à l'Hôpital Central de Fresnes - le changement de lieu - rompt le cercle vicieux qui tenait emprisonné le gréviste. Ce qui paraissait grippé, bloqué dans la mécanique du conflit cède brusquement, faute peut-être du théâtre de son exploit ce combat sans merci trouve détente et apaisement. Telle fut effectivement l'évolution de la grève de la faim que nous avons été amené à assister.

Est-il besoin de préciser, dans toutes ces dramatiques, l'autre volet de notre action thérapeutique, l'ouverture d'un dialogue avec les autorités compétentes pour réduire, autant qu'il paraît possible dans le respect des impératifs de chacun, les forces de friction, les causes de heurts perpétuels... tâche difficile, ingrate, qu'il serait facile de caricaturer dans un acte d'habeas corpus ou de dame patronesse, vocation délibérée du thérapeute dans son Institution.

6 - Psychoses aiguës

Toujours sous le vocable de l'appel "urgent" mais avec une acuité différente, vient prendre rang l'éclosion de l'accès psychotique. Comme les symptomatologies dépressives, anxio-phobiques, à manifestations bruyantes accompagnées

ou non de raptus suicidaires ou plus généralement agressifs, ils se retrouvent volontiers dans les débuts de l'incarcération mais peuvent aussi venir émailler les avatars de la vie carcérale, leurs points chauds à charge émotionnelle et affective toujours très forte. Comme les précédents, ces accès sont marqués du sceau particulier de la délinquance, "psychoïdotique" dirait ici J. DUBLINEAU ; sans préjudice du coefficient "d'utilisation" qui peut éventuellement se laisser soupçonner à travers les allégations psycho-sensorielles ou interprétatives, nous pouvons redire après lui que tous ces états trouvent leur originalité dans la labilité, le flou, la variabilité et la cédation fréquente des troubles même en l'absence ou au cas de refus de traitement. Mieux encore, notre expérience nous a montré qu'en cas d'hospitalisation extérieure en milieu psychiatrique l'évolution était toujours alors rapidement favorable et finalement jamais entachée d'un pronostic péjoratif quel qu'ait été le pessimisme du certificat initial !. Pour citer à nouveau J. DUBLINEAU, tout se passerait-il donc comme si sa structure "défendait" le délinquant contre l'évolution psychotique ! .

Dans ce nouveau groupe il convient évidemment de faire une place à part aux troubles mentaux aigus et subaigus de l'alcoolisme chronique, en l'occurrence le très classique delirium ou prédelirium tremens a potu suspenso, diagnostiqué sinon prévisible le soir même de l'incarcération de l'alcoolique chronique, clochardisé et arrêté pour vagabondage, délit souvent agrémenté de vol à l'étalage !. Nous citerons ici à titre anecdotique une évolution démentielle qui affectait la forme connue de la pseudo-paralysie générale, malheureusement une fois hospitalisé nous n'avons pas su ce qu'il était advenu de ce sujet qui approchait la soixantaine.

Nous avons eu par ailleurs le loisir d'assister au cours des premiers jours d'une incarcération à un accès maniaque délirant et hallucinatoire typique. Précédé par une phase d'excitation hypomaniaque il s'est rapidement constitué en 24 heures, difficile à traiter nous allions décider du placement à l'Hôpital psychiatrique lorsqu'il tourna court après une courte phase confusionnelle. Nous n'avons noté aucune récidive depuis un an, ni la moindre tendance dépressive. Il apparaît qu'il faille relier aux traumatismes du délit (sujet de la soixantaine, jamais condamné), de l'arrestation et de l'incarcération ce type de décompensation. Il convient aussi de signaler à ce propos,

que dans sa forme maniaque pure nous n'avons jamais assisté à pareille décompensation, pas plus que dans son contraire mélancolique aigu, franc, typique. Le trouble thymique des premiers jours appartient davantage aux grandes bouffées d'angoisse et le fond d'impulsivité en modifie presque toujours l'aspect.

Nous avons observé aussi des Psychoses délirantes aiguës plus souvent imaginatives, interprétatives qu'hallucinatoires et alors surtout visuelles évoquant l'onirisme. Elles se déroulent toujours, quel que soit leur moment d'apparition, dans une ambiance anxieuse, persécutive. Elles peuvent poser un problème diagnostic de pur principe, puisque là encore le trouble fait long feu et à fortiori sous traitement, avec les formes hallucinatoires de la Psychose confusionnelle, rarement stuporeuse, le plus souvent classique.

7 - Psychoses chroniques

Il peut arriver et nous l'avons vu, que s'amorce un délire chronique très généralement à thèmes persécutifs, de coloration plus ou moins mystique et rarement mégalomaniaques ; les mécanismes sont le plus souvent interprétatifs, pouvant évoquer parfois, les traits de caractère aidant, un délire paranoïaque, mais il est de courte durée et jamais n'en possède la sthénicité ni surtout les réactions violentes qu'on leur connait. Il s'agit davantage de sentiments de malveillance, d'hostilité de l'ambiance (!) avec parfois idées d'empoisonnement, au dogmatisme rarement très arrêté, bref il s'agit surtout de préoccupations délirantes ou subdélirantes qui cèdent souvent au simple changement de cadre, dès l'arrivée au Centre Médico-Psychologique. Il ne faut pas confondre ces états avec ce que certains appellent l'orientation paranoïaque des mentalités et à laquelle nous n'accordons pas de caractère pathologique tant elle est banale dans tout milieu fermé sur lui-même, à fortiori dans une prison.

A propos de ces états "chroniques", nous tenons à mentionner, pour les problèmes pronostics qu'ils peuvent poser, des comportements plus différenciés évoluant de façon torpide vers la morosité, l'indifférence, l'apragmatisme voire l'incurie et le gâtisme et qui font poser les diagnostics de démence vésanique quand ce n'est de schizophrénie ; évolution d'allure pseudo-démentielle où l'impulsivité paraît avoir largement cédé le pas à la passivité. Mais il n'y

a, à proprement parler, ni détérioration ni discordance, plutôt un affaiblissement, un tassement de la personnalité. Nous avons la surprise de les voir s'amender, réapparaître et s'atténuer à nouveau sans qu'il soit possible d'apprécier le rôle exact de notre action ; nous notons aussi leur reversibilité au moment de la libération. Sous le masque d'affections psychiatriques connues, répertoriées, ne faut-il pas voir dans ces états très rares une espèce de "mélancolie" de la prison, un autre mode de défense contre le milieu par le retour sur soi, la régression à des états primitifs avant la sortie, la re-naissance !. D'autres au contraire choisissent ce moment tant attendu de "l'élargissement" pour débuter leurs premiers troubles : "psychose de la libération", "vertige de la sortie" ou culpabilité inassouvie, ils seraient l'apanage des longues peines, nous n'en avons jamais observés.

8 - Un séjour sans histoire

D'autres enfin paraissent suradaptés au milieu carcéral, ceux dont on dit qu'ils ne se sentent bien, qu'ils ne vont jamais aussi bien qu'en prison ! Certes la prison peut être considérée sous certains de ses aspects comme une Institution sécurisante, comme un lieu où l'on est à l'abri, elle protège et elle décide pour soi. De l'image d'Epinal du clochard désireux d'y prendre ses quartiers d'hiver à l'hypothétique claustromane, il y a place ici pour la passionnante analyse du délinquant auquel manque la "béquille paternelle" et qu'il faut obliger, encadrer... Terre en fusion d'une "préhistoire", la Légion a su canaliser cette masse volcanique d'énergie pulsionnelle archaïque, pour ne citer qu'un des exemples que donne la Société de ces "suppléances" thérapeutiques très empiriques mais combien efficaces.!

III - UNE SEMEIOLOGIE D'ENTRETIEN

Découvrons maintenant l'autre pôle de nos activités cliniques, cette séméiologie "d'entretien" si l'on peut dire. Nous l'avons déjà dit, les demandes de consultation, "d'entrevue", sont nombreuses et fréquentes. Elles sont le lieu du constant défilé des troubles fonctionnels, des conduites somatiques. Ce sont tous les problèmes psychosomatiques de la détention, symptômes psychosomatiques

élémentaires plus souvent que maladies psychosomatiques dont la preuve sinon la réalité, excepté l'ulcère, n'est jamais faite. L'impulsivité motrice, l'explosivité émotionnelle ne passent plus ici par le court-circuit du passage à l'acte libérateur ni dans les schèmes inconscients de la psychose, c'est une décharge plus modulée, une phrase plus déliée jouée sur le clavier des organes, autre langage bien archaïque ! De même que sa structure paraissait le "défendre" de l'évolution psychotique, le délinquant semble ici faire l'économie d'une névrose. Certes, symptômes anxieux, phobiques, obsessionnels imprègnent peu ou prou la plainte du détenu mais jamais nous ne les avons vus s'organiser en une franche névrose aussi élaborée soit-elle. Là encore les conditions de la vie carcérale concourent à cette éclosion psychosomatique. Le détenu est coupé du reste du monde, il est isolé, confiné, en situation de totale dépendance à la règle, au bon vouloir du surveillant qui ouvre sa cellule à l'heure des promenades et apporte sa pitance à celle des repas. Il est objectivé par la seule nature juridique de son délit, par ses seuls numéros d'écrou, de bloc et de cellule ; il n'a déjà plus de rôle social, de rôle personnel, il perd encore le peu d'identité qu'il a ! Il régresse alors vers le dernier îlot, l'ultime originalité d'un corps qu'il écoute, qu'il palpe, qu'il ne lui est même pas permis de regarder puisqu'en prison il n'y a pas de glace ou si petite, miroir de poche cruellement scellé dans le ciment du mur. Ce corps est valorisé, narcissiquement auréolé ou dévalorisé et dans tous les cas la plus banale sensation devient cénesthésie pénible !

De tous ces symptômes qu'il est facile d'imaginer, ceux qui touchent à la sphère digestive sont de loin les plus nombreux, les plus fréquemment retrouvés (45 % de la pathologie carcérale disent certains occupent l'appareil digestif). Ainsi, bien plus souvent encore que les oppressions, les angoisses cardiorespiratoires, les notes O.R.L. ou dermatologiques et les algies diverses en particulier céphalées, ce seront boulimie, inappétence, dyspepsies diverses, nausées, vomissements, gastralgies, troubles du transit ou troubles colitiques avec leur quête de régimes, appropriés bien sûr à chaque cas. Ce sont là toutes ces manifestations oro-digestives qu'a bien analysées HOCHMANN, manifestations parfois authentiquement lésionnelles : l'ulcus gastroduodénal qui fleurit à ce point en prison que l'Administration pénitentiaire a créé à Blois un Centre diététique où elle envoie, après intervention chirurgicale (57 % des ulcères

touchent le duodénum et sont traités par vagotomie sélective dans le service du Docteur PETIT à l'H.C.F.) ceux qui doivent bénéficier de régimes spéciaux tels repas fractionnés, etc...

Parmi toutes ces allégations plaintives diversement considérées au gré des interprétations comme somatisation de l'angoisse, internalisation de la peine, conduite disculpatrice ou conduite masochiste en référence avec le jeu des culpabilités réelle ou iréelle, nous sommes tentés d'en isoler une autre, banale, quasi systématique chez tous ceux qui viennent chercher refuge au cabinet médical : l'insomnie. La demande de somnifères nous paraît être plus que la simple recherche de l'acte rituel venant concrétiser la protection magique du médecin. Toutes les rationnalisations certes vont donner raison à ce mal de la vie carcérale : confinement, manque d'activité, promiscuité bruillante, anxiété d'un lendemain, etc... Elle est un autre aspect, l'autre corollaire de cette infantile régression vers les premières activités orales, digestives... ne viennent-elles pas rythmer un sommeil quasi permanent, douce réminiscence d'une bien plus douillette léthargie. Privé de liberté, le détenu est aussi assoiffé d'intimité dépouillé qu'il est sous l'oeil froid de la détention et de tous ses "matons", même dans sa propre cellule il peut n'être pas à l'abri du regard de ses co-détenus ou du judas sournois. La nuit lui redonne cette intimité et le lit n'est-il pas son meilleur abri !. La hantise de voir céder l'étreinte de morphée le pousse à ne plus vouloir la quitter. Sexualité fantasmatique retrouvée, ersatz d'évasion, si le rêve protège le sommeil, le sommeil protège aussi le détenu.

IV - L'ETRANGER EN PRISON

Nous ne saurions achever ce chapitre de pathologie en milieu pénitentiaire sans mentionner la forte proportion de détenus étrangers qu'hébergent nos prisons et partant le particularisme que confère à cette pathologie le prisonnier non francophone. Pour la plupart ils appartiennent à des classes sociales très infériorisées et la barrière linguistique aggravera encore leur isolement dans ce milieu de privation, d'ultime spoliation. Le préjudice sera plus douloureusement ressenti, les protestations d'honorabilité plus criantes, plus

pressantes à moins que ce ne soit là brusque rupture d'une mécanique usée, l'abandonnisme lassé et la chute vers ces conduites démissives de tassement, d'affaiblissement qui évoquent les pseudo-détériorations dont nous parlions précédemment. Moins différenciée sera la conduite hystérique qui trouve là un terrain de choix. Parallèlement nous avons noté la plus grande irascibilité, la plus grande susceptibilité... manifestations caractérielles qui ne vont pas sans rappeler les difficultés de communication du sourd-muet atrabilaire, mais qui caricaturent aussi les troubles relationnels de la prison où la parole ne passe pas, sinon par le truchement d'un langage faussé dont l'atypicité de la pathologie carcérale est une juste illustration.

V - UNIVERS CARCÉRAL ET FACTEURS PATHOGÈNES

Ce rapide survol psychopathologique de la prison manquera de satisfaire un esprit scientifique résolument tourné vers la fine description séméiologique médicale et ses implications nosographiques ; à cet égard nous sommes conscients de n'avoir donné qu'un aperçu très imparfait, très incomplet. Nous n'avons pas voulu cependant minimiser cet aspect de la démarche psychiatrique, simplement nous voulions lui donner sa plus juste place au regard d'une autre pathologie qui la conditionne, qui tient aux relations inter-humaines dans les prisons, partant à celle du médecin avec le délinquant, reflet particulier, premier exemple que nous ayons eu à connaître. En effet très vite, dès les premiers jours de notre pratique, nous avons été convaincus d'une viciation globale de la relation médecin-détenu, le dialogue paraissait perverti.

1 - Prison et simulation

Le progrès ne va pas sans quelques avatars, on n'arrête pas si facilement l'énergie cinétique du grand volant de la morale judéo-chrétienne. Il y a trop peu de temps que la pénologie a été expurgée de l'incomparable variété de ses châtiments corporels pour que la seule peine privative de liberté (dont certains oseraient dès aujourd'hui contester aussi la valeur) ne garde pas l'empreinte de quelques impulsions sadiques d'attitude, sourde réminiscence religieuse, de la douleur physique rédemptrice,du sacrifice purificateur. Le bras

continue à brandir le fouet qu'il n'a plus, le châtiment avant de disparaître s'est figé, là, dans le suspens... autre mode de relation perverse, inconsciente pratique, plus subtile, plus "intellectualisée", pour détenus masochistes oserions-nous ajouter. Dès lors qu'on peut imaginer que tel individu "normal" ou bien emprisonné pour une noble cause, tenterait de se soustraire aussi temporairement soit-il et par quelques moyens que ce soit à tel univers contraignant, répressif, à fortiori pourquoi s'étonner que le délinquant dont on a venté le besoin permanent et la promptitude à jouir du plaisir, à rechercher la satisfaction immédiate, ne cherche lui aussi à utiliser les rares moyens laissés à sa portée. Faut-il s'en indigner ? Faut-il s'offenser de cette hydre psychosomatique que d'aucuns se ses spécialistes pourraient qualifier de mythique ? Faut-il condamner la démesure d'une quête insatiable, action dramatique qu'un choeur parangon de vertu, héritier de tous nos archétypes socio-culturels, tient pour simple simulation ?

Dans cette glissade historique de la morale judéo-chrétienne à la morale civique, nous voyons que la simulation fut la hantise de tous ceux que tenait enfermés la crainte d'être trompés au nom d'une éthique de groupe. Au sein du corps de troupe le médecin défenseur de la discipline militaire ne peut tolérer qu'un membre tente de se soustraire aux règles de la communauté ; BOISSEAU, élève de BABINSKI n'a-t-il pas enseigné au Val de Grâce à dépister la simulation, mieux le médecin-capitaine HUGUET n'a-t-il pas préconisé la sanction à l'encontre de l'habitué des consultations non motivées ! Qu'il s'agisse de surcroît d'un contrevenant, d'un individu déjà en infraction et mis en situation de rachat sinon d'expiation, il devient alors inacceptable pour l'esprit de lui laisser perpétrer sa déviance.

Le fait qu'il puisse être malade a été acquis jusqu'aux ultimes notions de dégénérescence, l'expert s'est donné bien du mal à séparer le vrai du faux, le condamné n'a donc plus d'excuse et le Docteur LAURENT, médecin des Prisons de Paris, recommande à la fin du siècle dernier d'user du judas pour épier le détenu ! Semblable partisan de la cause sociale a vu sa tâche compliquée par les études sur l'hystérie, non sans mal elles ont en effet amendé bon nombre de pithiatiques, donné droit de cité à ces faux égrotants de cour des

miracles... tout n'était donc pas consciemment simulé dans ce mauvais théâtre ! Le psychiatre est donc tout désigné pour percer les arcanes du mal psychologique, mais, une fois de plus, les bonnes volontés sont mises à dure épreuve, ne venons-nous pas en effet de prétendre que le délinquant échappe décidément à la règle en nous offrant une séméiologie atypique, inhabituelle et déconcertante !

Le psychothérapeute moderne ne peut en l'occurrence se laisser duper davantage. Convaincu qu'il n'a plus à se sentir mis en cause (lui, le médecin, dont PASTEUR avait souligné l'impartialité et qu'on voulait honteusement duper !) il sent aussi toute l'inutilité de traquer la simulation, attitude tellement provocatrice. Quelque louable qu'en soit le motif cette chasse est étrangère à sa vocation, elle ne peut que l'entraver et conduire à la confusion même de l'authentique simulation usurpatrice avec le masochisme pathomimique, la majoration hystérique ou le banal trouble fonctionnel. Considérée in abstracto de tout critère d'utilité, de conscience et de moralité et sans qu'il soit question de s'identifier à l'un ou l'autre des membres du rapport gardien-gardé, la simulation constatée, flagrante ou non, doit déboucher sur une action thérapeutique et ne pas l'enliser dans un dépistage fastidieux et stérile qui, somme toute, semble faire peu de cas du lieu ou il s'exerce : la Prison. Dans son étude sur la Relation Clinique en milieu pénitentiaire HOCHMANN n'a-t-il pas voulu se faire le porte-parole de tous les psychiatres qui délibérement avaient tourné leur regard vers l'Institution où ils travaillaient ?

2 - Prison et loi du silence

Le monde carcéral doit en effet révéler un autre trait de caractère. Par sa fonction et son régime la prison a été jusqu'ici rédhibitoire de la parole du détenu, dans la solitude de sa cellule, face à ses surveillants ou sur le "carré blanc" du prétoire on ne la lui donne guère. L'identité de son MOI est déjà précaire, nous avons vu la geôle lui enlever le peu de rôle social et personnel qu'il possédait, il n'a plus désormais accès à la parole, au langage de l'autre il ne pourra plus prélever cette part momentanée et l'actualiser pour le besoin de la communication. Or la communication est indispensable à l'homme, il devra donc faire différemment, faire semblant, simuler. Nous voyons bien qu'en fait de simulation c'est d'une maladie de la communication, des relations inter-

humaines dont il est question ; sa plus ou moins grande tolérance par le jeu de contretransferts plus ou moins positifs doit céder le pas à une approche plus rigoureuse, au décodage de cette simulation, de cette altération du langage si l'on veut espérer comprendre et pouvoir répondre au malaise qui s'y cache. On ne s'étonnera plus que le plus authentique des malades exagère son mal par crainte de n'être attendu, que le plus démuni et le plus vulnérable à tant d'hostilité retrouve le théâtralisme enfantin de la plainte et son côté geignard, qu'enfin ce délinquant coutumier du "JE - IL" manipule son médecin dans cet univers de "privations multipliées de jouissances" qu'a voulu faire de la prison, à la fin du 18ème siècle, un certain PELLETIER de SAINT FARGEAU aux fins louables d'en chasser l'horrible châtiment corporel. Ainsi donc ce gauchissement de la parole est flagrant, démesuré, il imprègne et déforme tous les rapports, apparaissant proprement inhérent à la situation carcérale, masque guerrier, masque de courtisan, masque de tragédie : c'est la "relation théâtrale" dont parle J. HOCHMANN. Pour aussi grand qu'il soit, le rôle joué par l'Institution pénitentiaire dans cette difficulté de contact avec le délinquant n'est pas le seul en cause, le croire serait aussi faire fi de la personnalité de ce dernier. Tout au plus contribue-t-elle à ce gauchissement du verbe et de l'acte, lui imprime-t-elle sa syntaxe, son canevas, mais sa sémantique et sa finalité originelle ne lui appartiennent pas, elles renvoient à la structuration d'une personnalité que viendra révéler l'atmosphère régressive de la prison et le délit qui y conduit, partant la présence ou non d'une culpabilité.

3 - Savoir dialoguer

Le décodage du message que nous adresse le délinquant trouve ses premières clefs dans la compréhension de la "relation théâtrale". Trouver un responsable apaise le conflit... n'étant plus tenu pour unique responsable de la viciation des relations humaines en prison, le détenu n'est plus tout à fait traqué et pourra désormais sortir peu à peu de son rôle de simulateur... l'autre ne joue-t-il pas souvent peu ou prou le rôle qu'on veut bien lui donner ! Ce temps d'invitation au dialogue est primordial dans l'approche du détenu mais il ne résoud pas tous les problèmes, son discours il s'en faut ne sera pas rendu plus intelligible pour autant.

Il y aura certes tous ceux que satisfait la rencontre d'un médecin bienveillant. Personnage différent, étranger à la détention, capable de reconnaître en eux des hommes comme les autres, ils seront pour un temps libérés de leur statut de délinquants punis, de parias, de même ils n'auront plus à défendre une réputation plus ou moins mythique de cafd. Le monde de la surveillance et des co-détenus s'efface derrière la banale relation humaine, la discussion de salon plus ou moins mondaine. A la recherche d'une détente ces détenus n'ont plus à passer (ainsi qu'ils nous l'ont souvent répété !) par le biais du symptôme ; mieux qu'un médicament, mieux qu'un bon de repos ils prétendent recevoir une bouffée d'air pur, retrouver un "moment du dehors". Combien de nos consultations se déroulent sur ce mode dès lors qu'elles ont su se débarrasser de cet a priori méfiant, de ce terrible climat de suspicion. Si elles sont gratifiantes, elles sont aussi une "civile" libération des tensions qu'accumule le stress carcéral. Mais, ne sont-elles pas aussi une autre barrière, défense à peine voilée, à l'approche d'une personnalité en marge dont l'inadaptation extrême a poussé jusqu'à l'échec même de sa propre déviance en venant en prison ? Il importe cependant de remarquer que la possibilité d'une telle relation atteste d'une personnalité capable de satisfaire partie de ses pulsions au travers de ce corps abstrait de contraintes qu'est la langue et que SAUSSURE définit aussi comme une Institution !, ce qui témoigne encore de la préexistence d'un jeu d'intégrations et d'abstractions successives de plus en plus complexes à partir des premières images pulsionnelles, synthèse que nous savons souvent défectueuse chez le psychopathe délinquant. Malheureusement semblable institution de la langue, quand son accès n'est pas de pure forme, demeure rejetante pour d'autres détenus, entre autres pour tous ceux impuissants à se libérer de l'assujettissement psychosomatique.

4 - Prison et régression

Une nouvelle fois le regard tourné vers la geôle permet une analyse riche d'enseignement et particulièrement pour la compréhension de ces manifestations oro-digestives qui occupent près de la moitié de la pathologie carcérale. Nous avons vu le prisonnier s'abîmer dans la vague régressive qui l'emporte sur les lointains rivages de la seule et unique préoccupation digestive, tout en prison participe à ce reflux, tout est réminiscence de situations infantiles.

A commencer par la complète dépendance du détenu au personnel pénitentiaire qui va régler dès le matin les diverses séquences de son existence quotidienne. Attentif à ses besoins vitaux il vient lui donner son "manger" à heures fixes, soucieux de sa propreté corporelle il le conduit aux douches, prévoyant dans tous ses déplacements il le précède et ouvre son passage, s'il le faut - au cours du cérémonial de la fouille - il assiste à son déshabillage, enfin préoccupé de son repos le soir venu il a soin d'éteindre la lumière... il est son ombre, son ange-gardien, la canne blanche de son infirmité pénitentiaire, il est son autre mère, sa marâtre et sa virago !

Travaux bien peu valorisant, les occupations qui sont offertes au détenu rappellent étrangement les distractions données aux enfants les jours de pluie : il "enfile des perles" sinon des étiquettes, met en sachet divers gadgets publicitaires pour paquets de lessive, pratique autres conditionnements d'autres colifichets. S'il a bien travaillé, le détenu aura de cette manière mérité quelques sous, partie sera retenue pour sa tirelire, son pécule de réserve, partie ira à son argent de poche. Symbolique rétribution, il n'aura guère le loisir de le dépenser ailleurs qu'à l'étal gourmand de la cantine en gratifications orales ou autres exutoires du genre... la sucette du bon ou du riche détenu. Mais s'il n'a pas été sage, il sera privé de dessert, mis au cabinet noir au pain sec et à l'eau, du moins tel était jusqu'ici le rôle du "mitard". L'alternative frustration-gratification sur laquelle repose et qui gouverne toutes les relations humaines, trouve ici son unique support dans l'alimentation... besoins quotidiens, sanction ou récompense, tout est langage alimentaire, retours aux premières satisfactions, premiers plaisirs et premiers déplaisirs de l'enfant.

Portion congrue, le nutritif envahit tout, imprègne tout et digère tout, le temps carcéral qu'il remplit, qu'il rythme et qu'il distrait, et jusqu'à nos bureaux trop proches des fourneaux où flotte un constant et persistant mélange d'odeurs refroidies de cuisine. Comment alors s'étonner que le digestif alimente aussi la pathologie d'un détenu transporté à la première période orale des relations objectales !

Là les théories kleiniennes étayent le support empirique de nos constatations et tentent de nous dévoiler la mystérieuse pathogénie... nous devons

convenir qu'elles sont fort séduisantes pour l'esprit. Par elles nous apprenons que le réflexe alimentaire propre à tout ce qui vit, première manifestation de cette masse potentielle d'énergie indifférenciée qu'est la vie, est le premier chaînon de notre relation au monde, en l'occurrence de l'enfant qui vient de naître avec le milieu qui l'entoure. Dans un mouvement primordial cette énergie cherche sa détente vers le monde extérieur, vers le sein de la mère, sollicitant pour cela son enveloppe charnelle, ses masses musculaires, sa bouche. Là sont créés les premiers souvenirs du plaisir, mémorisées les premières images corporelles de la relation au monde. Le sein de la mère, sa main qui le tient et la bouche qui le suce, tout çà ne fait qu'un, n'est qu'une masse indistincte, enveloppante, partie intégrante de l'enfant, véritable fusion à la mère. Plus tard, par un éloignement progressif se dégagera la relation à la mère. Le corps même de l'enfant constitue la première barrière, médiat obligé de la jouissance il crée la première limite, physique. Par ailleurs, la mère n'étant pas jouissance permanente, accordant ou refusant le plaisir au gré de situations qui seront retenues par l'enfant, elle sera peu à peu différenciée, reconnue des objets comme une personne propre animée de désirs et aux exigences dont il faut tenir compte pour obtenir la satisfaction. Toute cette succession d'événements constituera autant d'images, de mots qui seront investis de leur charge pulsionnelle, du besoin qui les a commandés, et de la réponse rencontrée, plaisir ou déplaisir ; enroulement d'événements de plus en plus fourni et renvoyant chaque fois à des abstractions plus complexes, c'est la programmation, la construction de cet ordinateur qu'est le Surmoi, c'est l'introjection de la mère, de l'autre avec ses valeurs et ses interdits, c'est la constitution des liens de la relation à autrui dont nous verrons les avatars chez le psychopathe. Ainsi donc, dans les premiers moments de la dynamique de cette phase orale, le sein nourricier, la mère ne seront pas différenciés du lait ingéré qui vient combler le vide douloureux de la faim. Aussi bien, lorsque la satisfaction manquera, par le biais de ces premiers processus archaïques d'introjection, l'enfant va croire que ce sont ce lait, ce sein, cette mère qui ne veulent pas l'apaiser et qui le tenaillent là, au creux de l'estomac. De là découlent plusieurs observations ; ce sont tout d'abord l'apparition du "mauvais aliment", de la "mauvaise mère" avec pour corollaire la naissance d'un sentiment agressif, de haine, à leur égard, mais c'est aussi l'apprentissage du premier châtiment en la forme de la sanction ali-

mentaire. L'enfant cependant ne peut pas rester sur cette position agressive, il a besoin de sa mère, punitive ou frustrante il ne peut la rejeter, aussi va-t-il culpabiliser sa haine et pour s'en défendre idéaliser cette "mauvaise mère", chercher à la séduire pour obtenir satisfaction à ses demandes.

Dans ce raccourci d'interprétations analytiques nous voyons chez le détenu le châtiment faire référence au "mauvais aliment" ou au manque d'aliment et inversement l'ordinaire pénitentiaire s'assimiler à une autre sanction ; la résurgence de sentiments coupables imprégnant ce jeu de va et vient. De là aussi la gastralgie sinon l'ulcère deviennent symboles de punitions, introjection de la peine, libération de culpabilité ; le vomissement voire la grève de la faim prennent valeur de refus du mauvais aliment, de la sentence ; le régime accordé par le médecin c'est le "bon aliment" qui apaise (ce supplément de lait si souvent demandé !) ... on peut jouer à l'infini sur ce clavier analytique.

5 - Prison et culpabilité

Le sentiment de culpabilité va commander aussi bon nombre d'attitudes, donner différents éclairages à notre relation avec le prisonnier. Il ne tire pas uniquement ses origines de la phase orale du développement de la personnalité, nous lui connaissons des fondements épistémophiliques ou oedipiens dont la classique tradition orphique a été largement reprise par les doctrines religieuses sur le péché originel et où les psychanalystes ont su tirer les racines symboliques du crime primordial... autre malheureux héritage de notre civilisation. Une réelle thérapie criminologique doit-elle nécessairement passer par la découverte si elle n'existe déjà, ou la redécouverte et dès lors par l'apprentissage d'une bonne et saine culpabilité ("saine morale des actes"), au détriment de son écho fantasmatique ("triste morale des pensées") inculqué tout au long des siècles ? Nous le croyons, du moins en l'état actuel de nos archétypes socio-culturels. Nous sommes heureux cependant de constater que des psychanalystes modernes aient quitté le no man's land de la sacro-sainte neutralité qui isolait la relation et sa savante dialectique de tout contexte éthique, social, culturel... stérile asepsie qui paradoxalement obscurcissait la relation d'un voile d'encens d'ambiance théocratico-charismatique. Il est agréable que certains Karen HORNEY, HESNARD, à l'encontre de FREUD, se soient tournés sans crainte vers nos catacombes bibliques,

labyrinthes oubliés des fondations de notre culture. Ils ont en quelque sorte "moralisé" le débat ! Mais, s'ils l'ont stigmatisée à nos yeux, ils n'ont pas mis à nue ni même rejetée cette "triste morale des pensées" ; ne mériterait-elle pas un juste autodafé ? Cette interrogation il va sans dire se sait consciente de son possible caractère intolérant, totalitaire et surtout de son absurde croyance en la monocausalité, en un mal unique qu'il faut découvrir et qui nous guérira de tous les autres. Nonobstant n'est-il pas troublant de voir partie de la nouvelle génération lassée d'une obsolète et dangereuse culture occidentale aller chercher dans le moule oriental l'impossible bonheur !. Ce sont là deux attitudes exclusives d'une démarche rationnelle, l'une passionnelle et l'autre non violente toutes deux participent de la fuite. Acceptant le flambeau que nous tend le passé, il importe moins de brûler que de s'attacher avec la patience du chartreux (!) à défaire cet inextricable écheveau, il importe moins de détruire le temple que de l'habiter mieux.

Qu'il nous soit permis d'utiliser semblable évocation pour nous ramener aux murs de la Prison, ce temple maudit de la faute où, comme le dit HESNARD, la "mythomorale du péché renvoie plus ou moins à ce fond morbide qu'elle est toujours et en même temps comparution devant le juge pour le dommage réellement commis et humiliation devant le Surmoi, image introjectée du père, pour un autre crime irréel". Seul un comportement coupable pourra éventuellement connaître un tel retournement morbide et, contrairement à ce que certains pourraient penser, il n'est pas si rare en prison ; à des degrés divers et sous des apparences souvent peu convaincantes il demande à être reconnu si l'on veut parfaire le décodage de l'appel qui nous est adressé ... rappelons-nous l'éventuelle symbolique de la plus banale gastralgie, remords bien inconscient certes elle permettra peut-être qu'il lui soit accordée une oreille plus attentive !

L'attitude la plus éloquente emprunte au masochisme dont la vocation inconsciente peut être double, de disculpation ou de dénégation selon le plus ou moins grand refoulement eu égard à la prégnance morbide du sentiment de culpabilité. Dans les deux cas nous assistons au désarroi de celui dont la capacité à ressentir la faute commise renvoit à cette culpabilité irréelle, fantasmatique. Le premier pour échapper au vécu castigateur et castrateur d'un Surmoi sadique et terrifiant va trouver dans la maladie une planche de salut. Il base pour cela

son attitude sur le sophisme bien connu : "Si le médecin me soigne c'est que je suis malade, et si je suis malade je ne suis pas responsable". Il faut aussi voir là juste réassurance au regard du piège que tend pareille disculpation, en effet celui qui plaide ainsi l'irresponsabilité aura tôt fait de se considérer fantasmatiquement comme un être dangereux capable, puisqu'irresponsable, des pires choses ... il aliène ainsi de façon décisive toute sa liberté. Nous avons ressenti cette crainte dans la conduite ambivalente de tous les détenus qui au dernier acte du jeu psychopathologique qui faisait d'eux des fous, sortent brusquement de la scène et en guise d'épilogue choisissent d'affronter les affres d'une conscience qu'ils préfèrent claire et responsable... ainsi guérissent certains malades !

Plus habile peut être l'action masochiste du fautif qui devant la terrible instance surmoïque conservera toute son intégrité. S'attachant seulement à rendre cette instance indulgente sinon apitoyée, il va provoquer sa clémence en multipliant à plaisir les maux, les privations, les souffrances quotidiennes que lui inflige une Société vengeresse. Ainsi, de même que l'autorité judiciaire et la prison, le médecin sera pris dans cette cohorte fustigatrice, considéré comme autre pourvoyeur de sévices rédempteurs aux yeux du Père. Nous connaissons tous ces détenus qui, dans une attitude souvent provocatrice, viennent chercher la punition et la réprimande médicales dans un subtile jeu sado-masochiste.

Bien différente et somme toute accordée à bon compte, la culpabilité qui, par l'introjection d'un père juste et bon, trouve dans un Surmoi plus composé échappatoire à la justice des hommes. Dans un bienheureux déplacement, le délit réellement commis va venir se fondre dans le souvenir des fautes enfantines qui, pour sévérement jugées qu'elles aient été, n'ont jamais fait l'objet de condamnations mutilantes. Le rejet d'une responsabilité "sociale" devant le groupe pour une responsabilité "familiale" devant le pater familias apporte une sécurité qu'HESNARD qualifie comme "le soulagement par l'immoralité subjective de l'immoralité réellement commise". Là encore l'exemple ne manque pas du détenu qui, dans un processus d'identification, nous fait le paternel et moralisateur témoin d'une faute pour laquelle il n'accepte de la Société qu'une justice rétributive à l'exclusion de tout jugement moral de son acte. Il y a fort longtemps en effet, force nous est de le reconnaître, que le tribunal des hommes a cessé

d'induire la réminiscence ordalique, n'est plus auréolé d'une souveraine impartialité... à quelle équité peut-il en appeler le juge diffamé sur la place publique ? !

A un degré de plus nous trouvons la mauvaise foi de l'opportuniste ratiocineur dont le crime est absout par la gigantesque corruption de notre Société. A l'appui de théories sociologiques "rousseauistes", le délinquant ne fait qu'imiter timidement ce qu'il voit pratiquer à grande échelle autour de lui, l'escroc n'est que le pâle reflet miniaturisé, pauvre bouc émissaire d'autres carambouillages de plus grande envergure. Sa faute ne réside pas dans le délit commis mais dans la maladresse de son exécution, ce n'est pas sa déviance qui le gêne mais son arrestation, ce n'est pas d'avoir enfreint la loi dont il se sent coupable mais d'avoir été mis en prison, ce n'est pas la loi qui fait son péché mais son manque de génie à déjouer la ruse du gendarme ! Il s'ajoute parfois, bien que très rarement, à cette dialectique des velléités réformatrices sociales, communautaires, mais jamais alors, malheureusement, nous n'avons trouvé une réelle conscience politique chez ce pseudo-révolutionnaire.

Nous avons donné là l'ébauche d'une analyse et l'illustration schématique des différents comportements coupables du délinquant prisonnier. A l'exception du dernier cas cité qui nous paraît appartenir à l'authentique psychopathie, nous avons vu chemin faisant ces différents comportements coupables entachés d'une plus ou moins grande participation névrotique et d'ores et déjà nous suspectons l'ubiquité de la personnalité délinquante en même temps que sa diversité, personnalité peu disposée à se plier à un modèle unique de description, de pathogénie et d'étiologie aussi exhaustif qu'il soit. Quelle qu'elle soit, cette notion de culpabilité infiltre ou plutôt structure le discours du délinquant. Ce discours que nous avons vu dénaturé par la situation carcérale, stratégie imposée qu'elle soit consciente ou non, n'offre d'intérêt et prend toute son originalité que replacé dans le contexte socio-éthique de la faute ; s'il en est dépouillé, s'il n'est entendu qu'au plan très individuel de la relation, il ne renvoie qu'à l'artefact reconnu, l'expérience de survie qui pourrait concerner n'importe quelle population soumise au tyrannique diktat d'un plus fort. Se pose alors la réponse qu'il faut donner à ce discours, l'attitude qu'il convient d'adopter.

Gardant à l'esprit notre double vocation de thérapeute et de criminologiste clinicien, nous savons que les fondements de cette conduite thérapeutique reposent sur une meilleure connaissance de la personnalité criminelle, objet de notre prochain chapitre. Nous chercherons moins à isoler une entité idéale et caricaturale dont découleraient toutes les conduites délinquantes qu'à reconnaître les critères donnés au comportement criminel par tous ceux qui s'y sont intéressés, qu'ils soient médico-psychologiques, psychanalytiques ou sociologiques.

* *

CHAPITRE IV

A la découverte de la personnalite criminelle.

I - PREAMBULES

Le comportement criminel n'a jamais manqué de provoquer la curiosité des uns, d'indigner ou de susciter l'admiration des autres. Quelle est cette fraction pour laquelle la menace de sanction aussi terrifiante soit-elle n'a jamais eu valeur d'épée de Damoclès, quels sont ces gens dont l'énergie semble tournée contre la loi, qui bravent aussi impudemment les règles de leur groupe et sa colère, de quel mal sont-ils l'incarnation ? Semblable interrogation conduit irrésistiblement au crime originel dont le souvenir est si profondément inscrit dans la mémoire de notre humanité, première transgression de la loi qui devait présider à son avènement ! Ainsi replacé devant l'abîme d'une culpabilité aussi grande, il est aisé de concevoir que l'homme criminel n'ait pu être considéré autrement que frappé de folie ou comme un être abject qu'il fallait écraser ..."vicariale expiation de la faute des autres".

Un tel vécu inconscient du comportement criminel peut expliquer que toutes les études qui visaient à sa compréhension aient toujours abouti à chercher des différences entre le délinquant et le non-délinquant ; rassurantes mise à distance, d'abord outrancières et caricaturales avec MOREL et LOMBROSO, elles relèvent aujourd'hui de la finesse du chromosome ou des analyses structurales de personnalité, moins accusatrices et à la fois moins pessimistes elles ont aussi trouvé dans le milieu ambiant des causes déclenchantes quand ce n'est pas leur raison même. Il n'est pas dans notre intention de nier le fondement différentiel de toutes ses démarches scientifiques, nous adhérons au même postulat à ceci près que nos recherches ne s'adressent plus à une différence de nature

mais de degré dans la réalisation du passage à l'acte criminel convaincus que "l'infraction, avec les conflits de valeur et de loyauté qu'elle implique, est une structure essentielle de l'existence humaine". (LAGACHE)

Par ailleurs il importe de ne pas se hâter vers une conclusion étiologique quand bien même elle ne serait plus rejet expurgatoire ; un tel besoin de réassurance ou de satisfaction intellectuelle aboutit toujours à réduire ou à élargir démesurément le champ d'observation clinique, voire à compliquer le diagnostic, quand il ne présuppose pas une pathogénie obscure au concept criminogène ... les diverses conceptions constitutionnelles en sont un bel exemple.

Le passé nous a aussi montré l'erreur qu'il y a, à partir d'une méthode d'observation fort légitime et toujours instructive, à vouloir tirer un enseignement exhaustif pour une exégèse du comportement criminel, oubliant ou négligeant ainsi les divers autres modes d'approche que mérite une conduite aussi complexe. Si ce comportement a historiquement privilégié le regard médical dans les débuts de son observation scientifique, il relève aujourd'hui du regard multidisciplinaire de la Criminologie qui cherche moins à le stigmatiser qu'à démontrer son mécanisme, peut-être à des fins de traitement.

II - LES CONCEPTIONS ANTHROPOLOGIQUES

En essayant de faire l'historique du rôle psychiatrique dans les prisons, nous avions vu, à l'origine des premiers examens scientifiques de détenus, l'engouement pour les conceptions anthropologiques. Elles tentaient d'isoler des modèles d'homme-criminel dont le ressentiment à son égard n'a d'égal que les visages de gargouilles qu'elles en donnaient ; il faut avouer qu'elles ne s'acharnèrent pas sur lui mais devaient convenir d'un atavisme qui le disculpait en le rendant irresponsable. !

Les tous premiers fondements de ces théories furent jetés semble-t-il au 17ème siècle par les travaux de physiognomonie de DELLA PORTA, au siècle suivant LAVATER reprenait cette étude qui s'étoffait avec l'apparition de la phrénologie, discipline nouvelle instaurée par Franz-Joseph GALL. Inclinaisons au crime, tendances caractérielles "prenaient corps" si l'on peut dire avec les

illustrations de Félix VOISIN en 1837 et de LAUVERGNE en 1841.

Mais il fallait attendre la magistrale contribution en la matière de Cesare LOMBROSO dont "L'Homme criminel" donne une juste idée. Convaincu qu'il était possible d'individualiser à partir de stigmates déformatifs un type d'homme criminel qu'il estimait être le lointain cousin descendant de la brute primitive, il passa sa vie pour étayer ses dires à l'étude de 383 crânes de criminels et de 5.907 délinquants. Ses résultats ne furent pas très démonstratifs puisqu'il ne devait retrouver son profil criminel dans 30 à 35 % des cas ! mais qu'importe, il conservait l'estime de certains de ses contemporains sociologues de l'école positiviste italienne. Aussi orientées et définitives que paraissaient ses vues, LOMBROSO n'a pas fait montre d'étroitesse d'esprit et n'ignora rien des travaux parallèles de ses contemporains dont ceux des promoteurs des conceptions bio-psychopathologiques. Très attachée à son esprit, l'école italienne qu'il avait fondée profita des théories sur la dégénérescence dont elle compléta les lacunes en affirmant que l'atavisme criminel expliquait, lorsqu'il les touchait, que certains dégénérés seulement devenaient délinquants.

Enfin il faut croire qu'une telle conception de la génèse criminelle n'avait pas épuisé toutes ses possibilités d'investigation puisqu'on la retrouve à l'heure actuelle et dans un esprit très voisin aux U.S.A. avec HOOTON, elle a aussi inspiré les recherches typologiques et caractérologiques de KRETSCHMER, les études physiopathologiques de PENDE en Italie et de SHELDON aux U.S.A.

III - LES CONCEPTIONS NEURO-PSYCHOPATHOLOGIQUES

Parallèlement à ces hypothèses anthropologiques, persuadés eux aussi par la notion du siècle d'un trouble moral inné, les psychiatres à leur tour prenaient rang dans la recherche d'un substratum théorique. Plus qu'une simple contribution à la science criminologique, leurs études devaient envelopper la personnalité criminelle d'un tel éclairage morbide que le masque du déséquilibré-psychopathe déforme encore les traits, à tort ou à raison, de bon nombre de délinquants.

1 - Les constitutionnalistes

Dès 1808 CABANIS considérait le criminel comme un malade, un an plus tard les conceptions bio-psychopathologiques allaient prendre leur essor avec PINEL qui décrivait une forme de "manie sans délire", ses idées gagnèrent ensuite ESQUIROL qui voyait dans cette propension aux conduites antisociales une "monomanie instinctive" ou "impulsive".

1) la dégénérescence.

dans la seconde moitié du 19ème siècle ce courant d'idées prit un virage décisif avec la théorie des dégénérescences de MOREL. Il appliquait en psychiatrie les lois de l'hérédité, séparait les aliénations acquises des aliénations dégénératives qui conduisaient, au cours d'une évolution inexorable, de la simple exagération du tempérament nerveux jusqu'au crétin stérile avec extinction de la race, en passant par ce qui fait l'objet de notre propos : "le délire des sentiments et des actes". L'hérédité apportait en psychiatrie une partie du "pourquoi" des choses, son caractère biologique dégénératif et évolutif rendait compte de la folie et permettait de classer les phénomènes disparates qu'avait démembrés ESQUIROL. La déchéance morale de l'individu témoignait de la déchéance biologique de son espèce. Remarquons l'inéluctable pessimisme d'une pareille doctrine où des rationnalisation d'un abord scientifique cachent mal une sorte de malédiction divine frappant l'homme primitivement idéal du paradis perdu.

Alors que MOREL parlait de la "Folie des dégénérés", dans le même temps, en Angleterre, PRITCHARD en 1835 décrivait la "moral insanity". Ces idées ne recevaient pas l'approbation de tous, il faut dire en effet qu'entre autres FALRET et GRIESINGER nièrent l'existence de la "folie morale"; mais elles allaient pourtant connaître un développement insoupçonné.

2) le déséquilibre psychique

MAGNAN apportait un sang nouveau aux conceptions de MOREL, la délinquance de notre criminel allait être entendue dans le déroulement d'une existence anormale : "le déséquilibre psychique", qui frappait aussi tous ceux qu'une tare ignominieuse vouait à la dégénérescence à plus ou moins long terme. Trouble fonctionnel plutôt que lésion organique du cerveau,cet état de "déséquilibration":"consiste en somme dans une absence de synergie entre les différents centres dont la coopération s'adapte en temps normal à des objets déterminés. Plus

de synergie, plus d'adaptations régulières ou adaptations incomplètes, inéfficaces et sans but, c'est le désarroi le plus complet dans l'axe nerveux". Parmi tous ces dégénérés que nous connaissons bien (!), auxquels il arrive les pires choses, fragile terrain entre autres des bouffées délirantes, MAGNAN décrit plusieurs types de déséquilibrés : de l'intelligence, du sentiment et de la volonté, chez lesquels nous reconnaissons bon nombre de traits de la personnalité criminelle. Le premier type dont l'aboutissement final est la débilité mentale, met en scène le dégénéré supérieur: "chez lui les facultés dites supérieures de l'esprit ont acquis un grand développement ; mais les bizarreries multiples d'adaptation de ces facultés révèlent, en même temps que leur développement parfois très inégal, un véritable désordre fonctionnel... ses moyens si puissants qu'ils soient restent partiellement inutilisables parce qu'il n'a pas le pouvoir de les orienter, de les coordonner. C'est donc chez lui un contraste perpétuel entre la valeur de ses aptitudes natives et son impuissance non moins originelle à en tirer partie ; les pensées et les actes sont dans une constante anththèse ; l'homme d'hier n'est pas celui de demain". ... Nous reconnaissons bien là l'incapacité du psychopathe à s'insérer dans la durée en tant que celle-ci est comprise comme la permanence de soi-même, la continuité de sa propre personne, voire l'identité de celle-ci à elle-même. Parmi les déséquilibrés du sentiment MAGNAN décrit aussi les "Fous moraux" par aberration du sens moral: "... certains déséquilibrés du sentiment naissent conformés de telle sorte que jamais ils ne peuvent s'assimiler les règles de morale en vigueur dans leur milieu habituel. S'ils les connaissent, ils ne les sentent jamais, elles ne répondent à rien dans leur esprit, c'est pour eux une langue qu'ils ne comprennent pas". Enfin il fait avec le déséquilibre de la volonté une grande part à l'impulsivité qui caractérise ces dégénérés.

En dépit d'un pronostic fatal et d'une étiologie sujette à caution, les hypothèses de MAGNAN avaient le mérite d'éclairer remarquablement l'identité criminelle et d'en donner un premier tableau clinique assez précis. Mieux encore son contemporain et collaborateur LEGRAIN, précise les relations du crime et de la dégénérescence ; tout en montrant que la propension au passage à l'acte délictueux chez le dégénéré tient à ses difficultés d'adaptation aux conditions de vie régulière et aux normes sociales, il reconnaît aussi que la

dégénérescence n'est pas la cause sine qua non du geste criminel et qu'il existe des délinquants dépourvus de tout stigmate dégénératif !. De même qu'en Italie nous avons vu les élèves de LOMBROSO expliquer par leur croyance en l'atavisme que certains dégénérés seulement deviennent criminels, GAROFALO expliquait cette prédisposition comme étant la défaillance de deux instincts moraux élémentaires : la bienveillance et la justice.

3) la constitution psychopathique

Si l'on voyait déjà se profiler les "perversions instinctives", les choses allaient pourtant se compliquer avec DUPRE dont les études, avec celles de DELMAS, BOLL et FIEURY, connurent en psychiatrie générale un très vif succès au début du siècle. En effet si la maladie n'est plus une étape dans le devenir de l'espèce, le déséquilibre mental ne concerne pas la seule personnalité criminelle, la "constitution psychopathique" devient une entité nosographique très vaste englobant différents types d'aliénation, de déséquilibre, toujours en rapport avec un fonctionnement pathologique du système nerveux : cénesthopathie, débilité motrice, émotivité, troubles des conduites orales et toxicomanies, troubles des instincts de conservation, de propriété, de sociabilité, dysthymies, paranoïa, hystérie et simulation, etc...

C'est ainsi qu'avec DELMAS et BOLL, et plus tard avec GENIL-PERRIN, les constitutions psychopathiques caractérisées par une rupture d'harmonie entre l'intelligence, l'affectivité et les tendances instinctives, englobent des troubles très éloignés les uns des autres tels que constitutions anxieuses, hyperémotives, cyclothymiques, mythomaniaques, schizoïdes, paranoïaques et perverses (ces dernières seules nous préoccupant) ... c'est : "l'existence chez un sujet d'un ensemble spécial et défini de tendances qui, faisant partie intégrante de l'individu, permettent de préciser sa personnalité et de prévoir vers quelle psychose, progressive ou régressive, intermittente ou continue, il est susceptible d'évoluer. Ces constitutions ont pour caractère commun d'être transmises par hérédité, de se manifester de façon précoce et de persister pendant tout le cours de la vie". Pour ce qui nous occupe, DELMAS affirme que "la psychose perverse est un état psychopathique caractérisé par l'absence ou la pauvreté des tendances morales et affectives d'où résultent l'indifférence, l'inaf-

fectivité, l'amoralité, mais encore l'apparition et le développement de tendances contraires et opposées aux tendances éthiques normales d'où résulte l'existence des perversions instinctives et de l'immoralité" .... autant nous sommes en accord avec le premier terme de cette définition autant nous sommes opposés au second pour ce qui touche au psychopathe délinquant.

4) discussion

Ainsi donc, pour aussi exhaustive que soit cette séméiologie particulière à laquelle conduit une constitution psychopathique, nous nous rendons bien compte que le terme de "personnalité psychopathique" (créé en Allemagne par KRAEPELIN), vocable auquel on a souvent recours pour désigner certains délinquants, recouvre ici une pathologie extrêmement variée et disparate. Pour avoir attaché la notion de psychopathie à celle de constitution (au sens de constitutionnel), on rangeait là toutes les affections psychiatriques stables, apparemment innées ou acquises très précocément et que rien ne pouvait influencer. Sans avoir la prétention de les avoir citées toutes, nous retiendrons de ces théories constitutionnalistes les descriptions cliniques remarquables qu'elles nous donnent du psychopathe-délinquant dont elles ont su souligner l'absence de sens moral et d'affectivité. Quant aux étiologies proposées nous conviendrons que l'expérience fait quelquefois la part d'une certaine hérédité, d'une certaine organicité cérébrale et de facteurs accidentels traumatiques ; seules nos méconnaissances en biochimie ou génétique peuvent rendre contestables ces données empiriques.

2 - Kurt SCHNEIDER

Moins pour un système explicatif valable de la psychopathie qu'il n'a jamais donné, que pour les utiles mises au point qu'il a faites à son égard, nous avons voulu faire une place à part aux travaux de Kurt SCHNEIDER. Inspirés par KRAEPELIN, ces travaux connurent une très grande audience au début des années 20. Renonçant en effet à un quelconque système théorique jugé trop astreignant et relevant moins souvent de la réalité que des vues de l'esprit, SCHNEIDER en clinicien s'est borné à observer et à clarifier la notion de personnalité psychopathique alors abusivement galvaudée par les constitutionnalistes.

Considérant les personnalités psychopathiques comme "... des personnalités anormales telles que leur caractère anormal les fait pâtir ou fait pâtir la Société", il reconnaît qu'elles peuvent être délinquantes mais pas nécessairement ; de même pouvons-nous alors observer qu'il s'en faut de beaucoup que tous les délinquants entrent dans ce groupe. Cependant par une acrobatie sémantique remarquable, soulignant l'absence de critère scientifique aux notions trop subjectives des souffrances psychiques ou de la Société, il semble vouloir prétendre qu'on ne peut considérer le psychopathe comme un malade d'autant, fait-il remarquer, que l'on a trop souvent tendance à mettre au compte de la maladie tout ce qui paraît sortir du commun !. Ainsi donc, sans qu'il soit utile de faire une distinction entre le normal et le pathologique, il définit la personnalité psychopathique comme une simple variation quantitative "à partir de cette zone moyenne des personnalités que nous avons présente à l'esprit sans pouvoir la définir plus avant !".

Quels qu'aient été les sentiments qui animaient K. SCHNEIDER, si l'on replace de telles affirmations dans le contexte politique de cette époque difficile de l'histoire allemande où la fraction socialiste du mouvement ouvrier ne cessait d'augmenter, on ne peut que se sentir très gêné devant de semblables critères qui permettaient d'étiqueter, de stigmatiser quiconque s'écartait de cette "norme moyenne" (!) ... d'aucuns ont prétendu qu'il s'agissait là d'une légitimation idéologique à une époque où on faisait du psychopathe un individu déséquilibré, instable et impuissant, et partant des notions de stabilité, d'équilibre et de force les symboles de la santé mentale !.

SCHNEIDER a cependant eu le mérite de différencier la psychopathie d'une pré ou subpsychose à l'encontre des typologistes qui ne voyaient aucune solution de continuité entre le normal et la psychose, du schizothyme au schizophrène en passant par le schizoïde. De même, sans pour autant nier une participation névrotique voire même une névrose dans la psychopathie, il la différencie cependant en ce qu'elle sous-entend une part d'inné prépondérante à l'encontre de ce mode réactionnel acquis au devant de situations pathogènes qu'est la part névrotique.

Nous devons donc à SCHNEIDER d'avoir singularisé avec un certain bonheur le concept de psychopathie, malheureusement si nous prenons en exemple sa propre classification, nous nous apercevons que pour avoir évité les cadres théoriques trop rigides ce terme demeure encore très imprécis, très vague, trop extensible ; les différents types de personnalités qu'il nous soumet ne rendent pas le diagnostic de psychopathie particulièrement aisé.

3 - Les auteurs anglo-saxons

A cet égard notre préférence va aux auteurs anglo-saxons contemporains tels que CLECKLEY aux U.S.A. et CRAFT en Grande-Bretagne, ils ont porté tous leurs efforts sur une description clinique qu'ils ont voulue ordonnée, claire et rigoureuse aux fins de rendre possible un diagnostic pratique et précis, en dépit certes de toute étiologie. S'ils sont au fond restés fidèles aux théories constitutionnalistes, ils ont eu la sagesse de ne pas faire de la constitution un argument dans le débat sur la psychopathie.

Pour une clinique à la fois simple et très conforme à la réalité, nous nous permettons de renvoyer au livre de CRAFT paru à Londres en 1966 "Psychopathic discorder". CRAFT distingue des symptômes positifs et des symptômes négatifs. Ceux-ci rappellent ce que nous savions déjà depuis SCHNEIDER, à savoir l'absence de tout déficit intellectuel et de tout élément psychotique et névrotique ; quant à ceux-là ils mettent l'accent sur l'inaffectivité, le manque de sensibilité à autrui et la tendance à agir impulsivement sans souci ni des règles ni des conséquences de l'acte, il s'en suit respectivement : un caractère égocentrique, agressif, l'absence de remords, l'incapacité à profiter de l'expérience et partant l'inadaptation constante des conduites, l'inefficacité de la sanction.

CLECKLEY a signalé une caractéristique très importante, constamment retrouvée au cours de nos entretiens, avec bon nombre de délinquants, et qui ne manque pas de dérouter. Il s'agit de leur capacité à exprimer verbalement des affects normaux, un code de valeurs conforme à la morale du groupe, une critique déconcertante et rationnelle de leurs conduites passées voire même des projets cohérents tenant compte de la réalité, alors que nous devinons

confusément qu'un tel discours, même s'il s'inscrit parfois dans un besoin de séduction et sans qu'il ne soit en rien simulé, est totalement désinvesti de signes pulsionnels, vidé de toute substance, de toute vie !

4 - Discussion

Au terme de ce bilan des acquisitions psychiatriques sur la personnalité psychopathique nous pouvons dire que nous avons vu le souci d'une démarche diagnostique rigoureuse et adaptée à la clinique quotidienne se faire aux dépens d'un appauvrissement, d'un oubli des recherches étiologiques sinon pathogéniques. Se pose alors à nouveau le "pourquoi" et le "comment" de la psychopathie.

Il est manifeste que nous assistons de nos jours dans la recherche étio-pathogénique du phénomène criminel à un net déplacement des déterminants constitutionnels vers des déterminants psychiques. Ce mouvement a bien sûr coïncidé avec l'avènement de la psychanalyse une fois passées les premières réactions d'opposition dont les excès devaient naturellement donner plus de poids encore aux interprétations analytiques. En matière de criminologie il faut espérer que nous ne retomberons pas dans les tourments de la pathologie mentale où les organicistes se disputent aux psychogénéticiens la raison défaillante de leurs malades !

C'est pourquoi, en dépit de notre penchant pour la psychologie criminelle, nous ne répugnons pas le champ de la biologie et de la génétique ; ce sur quoi par contre nous serions tentés de porter l'anathème serait cette condamnable ambition d'ériger à partir d'une science et d'une méthodologie très particulières, très spécifiques, une théorie exhaustive qui prétend rendre compte dans une question posée du plus général au plus particulier. Aussi, citerons-nous l'école bio-constitutionnelle de GRAZ en Autriche, les recherches sérologiques allemandes, les travaux du suédois KINBERG, de l'américain CATTELL, qui tous s'efforcent de déterminer la part héréditaire, constitutionnelle éventuelle. Il faut aussi espérer que la biochimie cérébrale ait ici, comme ailleurs son mot à dire.

IV - LES CONCEPTIONS PSYCHANALYTIQUES

1 - Préambules

Quelles sont donc les interprétations psychanalytiques du comportement criminel ? Il ne nous paraît pas trop osé de remarquer qu'en la matière la littérature n'est pas particulièrement abondante, et dans bien des cas nous nous sommes posés la question de savoir s'il s'agissait moins d'hypothèses avancées à l'appui d'un matériel protocolaire donné que de spéculations, simples transpositions des données neuro-psychopathologiques aux conceptions analytiques de la personnalité. Cette suspicion ne ressort en rien d'une critique, nous savons en effet que la première conception topique de FREUD de l'appareil psychique a été exposée dans le cadre neurologique d'un appareil neuronique et tentait d'apporter une explication de type fonctionnel pour tempérer la théorie anatomo-physiologique des localisations cérébrales qui connut un vif succès dans la deuxième moitié du 19ème siècle et qui voulait faire dépendre de supports neurologiques rigoureusement localisés telle fonction spécialisée, etc... Nous avons vu par ailleurs le déséquilibre psychique successivement imputé à une lésion organique cérébrale, puis à un dysfonctionnement et enfin à de simples variations en plus ou en moins du psychisme normal. Ainsi, quand ils n'en refusent pas la spécifité, les psychanalystes peuvent-ils naturellement replacer la psychopathie dans des altérations structurelles de la personnalité dont les schémas neurologiques ont cédé le pas à l'anthropomorphisme de la deuxième topique freudienne.

Plus spéculatives, peut-être, nous apparaissent les interprétations données du "passage à l'acte" fort légitimement reconnu comme le point de clivage entre délinquants et non-délinquants qui ne s'opposent pas par des différences de nature mais par cette plus ou moins grande faculté "d'agissement" ; ces interprétations nous paraissent en effet ressortir davantage de comparaison avec des modèles névrotiques ou psychotiques plutôt que d'un travail scientifique débarrassé de tout a priori et se basant sur tel ou tel protocole d'étude alimenté par la pratique. Cela tient-il au fait qu'on ne veuille voir dans la psychopathie qu'une autre névrose dite de caractère ou "caractérose",

ou aux difficultés à saisir ce délinquant qui n'éprouve pas le besoin de se faire soigner, que l'on ne trouve jamais sur un divan, que l'on connaît debout, dans son propre entourage de temps à autre, rarement à l'hôpital et le plus souvent en prison ?

Dans le livre de BESNARD "Psychologie du crime", nous trouvons un bilan détaillé et complet des diverses hypothèses psychanalytiques sur la personnalité psychopathique. On s'accorde à reconnaître dans ses conduites dysharmonieuses, dont l'inadaptation sociale permanente représente le dénominateur commun, un trouble dans la formation de la personnalité comprise comme un lent processus de socialisation : reconnaissance progressive d'une identité personnelle à travers les réponses rencontrées dans la promotion du désir et dont le modulé exprime les exigences de l'autre, elles seront intégrées par le biais des identifications successives au mieux des compromis personnels du sujet qui peu à peu pourra s'incorporer au groupe. Le mécanisme des identifications successives étant pour FREUD le moteur principal dans la génèse d'une personnalité, on peut expliquer par un trouble à ce niveau le comportement délinquant. Tel enfant issu d'un milieu lui-même délinquant aura des modèles d'identification pour le moins pathogènes, tel autre qui ne pourra s'identifier à l'image inaccessible d'un père trop sévère verra la permissivité compensatrice de la mère le conduire aux gestes délinquants (Mme FAVEZ-BOUTONNIER et SCHABER), tel autre enfin aura hérité de ses premières relations parentales une telle culpabilité qu'il trouvera dans la délinquance la sanction apaisante et le moyen de perpétrer avec autrui un échange masochiste.

2 - Le Surmoi

Puisqu'il se constitue par intériorisation des exigences et des interdits parentaux aux fins de jouer ce rôle de juge ou de censeur à l'égard du Moi, la deuxième topique freudienne désignait dans le Surmoi le possible fautif, le responsable d'une telle propension au viol de la loi. Ainsi les premiers auteurs dont AICHORN, ALEXANDER et STAUB ont vu tout naturellement dans la délinquance une absence de Surmoi. Mais très vite il est apparu plus logique de considérer qu'à partir des mauvaises identifications dont nous avons

parlé, il se soit mal constitué ou soit demeuré bloqué à un stade très archaïque de sa formation. En effet contrairement à FREUD qui définissait cette instance comme l'héritier du complexe d'Oedipe, Mélanie KLEIN et d'autres à sa suite font remonter la formation du Surmoi aux tous premiers stades préoedipiens. Quand on sait que l'agressivité et la volonté de domination commandent toutes les relations à ces périodes au sadisme oral et anal, il devient aisé de comprendre le comportement de celui dont l'instance normative est restée figée dans ces formes archaïques. Nécessairement alors se posent les raisons d'un tel blocage ou d'une telle facilité à régresser à ce niveau primitif de communication. La plupart voient ici le résultat de relations maternelles très précocément pathogènes et toujours très frustrantes, avec identification à une mère réjectrice ou prégnance du souvenir d'un monde hostile et menaçant avec, pour corollaire commun, l'agressivité en réaction à la frustration affective voire la néantisation de l'autre afin de restaurer l'intégrité narcissique, supprimer la menace latente. C'est ainsi que LACAN voit le caractère symbolique de certains crimes où la victime n'est autre que la réminiscence d'un personnage fantasmatique menaçant... il convient de réserver à pareille interprétation la plus grande prudence !

3 - Le Moi

Dans un ordre d'idées voisin certains reconnaissent aux psychopathes l'impuissance à distinguer le Moi du non Moi considéré comme potentiel d'eux-mêmes et brutalement incorporé à la demande. DENIKER et SEMPÉ nous font observer que pour le psychopathe, desirer c'est posséder déjà, il y a chez lui confusion du réel et de l'imaginaire. FRANKENSTEIN voit dans cette attitude d'incorporation du monde une inflation du Moi et plus particulièrement l'exacerbation du pôle expansif du Moi qui ne combine plus harmonieusement son action avec le pôle de stabilité que fonde la régularité des gratifications maternelles et qui normalement accorde à l'individu sentiment de sécurité, possibilité de se reconnaître comme personnage permanent, existant et limité dans son corps et dans ses besoins.

4 - Le passage à l'acte

En filigrane de ces conduites psychopathiques nous retrouvons ce qui différencie du dehors le délinquant du non-délinquant, son aisance dans le passage à l'acte. Du point [illegible] fait son actif diagnostic, positif et différentiel. Il remarque en effet que le névrosé, s'il a pu souffrir lui aussi de carence maternelle, culpabilisera, intériorisera son agressivité, vivra sa souffrance sur un mode endoplastique, dans un monde fantasmé ; trop "respectueux" de la réalité, il n'osera pas y agir ses fantasmes, y projeter sa problématique intérieure contrairement au psychopathe qui en fait un usage constant pour y décharger ses tensions intérieures ... (en cela il se différencie encore du psychotique qui lui ne reconnaît plus le réel du fantasme). Toutes les hypothèses étiologiques avancées jusqu'ici pour justifier d'une altération structurelle de la personnalité du délinquant peuvent à croire que ces tensions intérieures à l'origine du passage à l'acte sont l'expression, comme chez le névrosé, de conflits affectifs sous-jacents ; ne serait-il pas permis d'en douter et de ne voir ici que l'expression, la réalisation concrète, directe, d'une pulsion archaïque, originelle, du Ça, que n'aurait pas freiné, médiatisé, nuancé par tel substitut symbolique, un Surmoi quasi inopérant ?

De même contrairement à l'acting-out du névrosé où le fantasme passe brusquement dans la réalité, ne faut-il pas voir dans le passage à l'acte délinquantiel la simple promotion dans le réel d'un désir fort peu fantasmé, tel qu'il a été dicté par le Ça ?

Toujours dans cette perspective du passage à l'acte, d'autres auteurs s'inspirant de la doctrine du péché originel, se référant au crime primordial, au mythe d'Oedipe, considèrent que l'on retrouve dans l'histoire de chacun une tendance à répéter l'acte qui était au commencement : "la relation motrice primitive" dont parlent [illegible] et qui figure la fusion, l'inceste et la mort. Chez l'individu normal le désir et l'acte vont être progressivement séparés par une activité mentale de représentation, d'intériorisation de l'objet. La relation avec l'objet extérieur, à l'autre, devient alors possible ; la fantasmatisation a permis cette mise à distance de la relation motrice primitive, il n'y a plus coïncidence entre la réalité psychique et la

réalité concrète. Le vide laissé entre ces deux réalités est peu à peu comblé par la pensée, ce jeu symbolique et fantasmatique. L'action est inhibée par la pensée qui devient substitut de l'acte, chez le psychopathe l'acte devient substitut de la pensée, il permet de combler ce vide. D'autres encore, partisans de la délinquance masochiste, voient dans cette activité motrice un appel à la loi pour barrer la route du désir à l'acte.

5 - Discussion

Au total nous retiendrons de ces diverses hypothèses psychanalytiques qu'elles témoignent de la pathogénie du trouble psychopathique par un défaut de structuration de la personnalité au niveau du Surmoi entre autres responsable d'une grande pauvreté fantasmatique, symbolique donc de verbalisation et partant du passage à l'acte. La notion de passage à l'acte est très importante et il importe d'en comprendre le mécanisme, nous regrettons cependant que cela se fasse au détriment de notions sur lesquelles l'accent n'a pas été mis suffisamment, du moins pour lesquelles l'explication analytique n'a pas été poussée plus avant : l'absence de liens affectifs et moraux chez le psychopathe-délinquant. Nous voyons quant à nous dans le défaut de telles attaches affectives et morales le coeur de la psychopathie ; le passage à l'acte, phénomène secondaire, en découle nécessairement chez le psychopathe-délinquant, absent ou plus nuancé chez le psychopathe non délinquant. En cela nous pensons rejoindre L. CASSIERS et nous tenterons à travers lui de nous en expliquer.

V - UNE ÉLABORATION DES CONCEPTS PSYCHANALYTIQUES : L. CASSIERS

1 - La personnalité normale

Depuis Achille DELMAS nous avons appris à nous référer à la personnalité normale pour comprendre la personnalité psychopathique, nous avons vu aussi toute l'imprécision et le danger à prendre pour critère cette zône moyenne de K. SCHNEIDER que l'on peut avoir "présente à l'esprit sans pouvoir la définir plus avant" ; c'est pourquoi le modèle psychanalytique nous apparaît plus rationnel et plus aisé tant sur le plan de la conceptualisation toujours dif-

ficile en la matière, que sur le plan thérapeutique. Conformément à la seconde théorie freudienne de l'appareil psychique nous distinguons trois instances : le Ça, le Surmoi et le Moi, mais considérons, à la suite des théories kleiniennes, le Surmoi de formation très antérieure au Moi.

1) le Ça

Le Ça symbolyse l'énergie psychique propre à toute personnalité, cette énergie d'abord potentielle, encore indifférenciée, va connaître dès les premiers instants de la vie un premier mouvement, ses premières directions qui seront les images pulsionnelles archaïques du Ça qu'il serait passionnant de connaître. Contentons-nous de retenir l'instinct de vie et son premier réflexe alimentaire qui naturellement va s'adresser au monde extérieur pour se satisfaire. Nécessairement aussi il va passer par les "canaux" obligés du corps et nous connaîtrons les phases orale, anale, génitale... les premières images corporelles des pulsions primitives du Ça dont font aussi parti l'agressivité inhérente à l'éfraction obligée du milieu extérieur pour obtenir l'assouvissement des besoins et l'angoisse première expérience de la frustration.

2) le Surmoi

Dans sa quête permanente de satiété le Ça va rencontrer satisfaction ou déception, ces situations frustrantes ou gratifiantes vont être mémorisées par le Surmoi, introjectées sous forme d'images qui seront chargées du désir, de la pulsion initiale, et de la réponse rencontrée. A ces premières images venues de sensations visuelles, tactiles, cénesthésiques agréables ou désagréables, s'ajouteront des mots à leur tour évocateurs de plaisir ou de déplaisir. Par cette "mémoire affective" le Surmoi va permettre ainsi d'adapter au mieux la conduite du sujet pour privilégier la relation gratifiante, apaisante avec la mère. Mieux encore, grâce à cette faculté de conservation du passé par un processus d'abstractions successives à partir de situations vécues puis introjectées sous formes d'images, de mots, de symboles signifiants, le Surmoi véritable ordinateur est capable devant une situation nouvelle d'assurer le décodage de la pulsion qui l'anime et de prévoir le devenir frustrant ou gratifiant qui peut lui être réservée. Ainsi le Surmoi est susceptible d'adopter des pré-attitudes, de donner une pré-orientation à la pulsion qui

surgit du Ça, de lui donner son premier modèle de réalisation. Conservateur du passé, pouvant prévoir l'avenir, le Surmoi représente la durée, assure la permanence et l'identité du sujet tout au long des expériences vécues. Enfin il peut apporter la satisfaction en l'absence de tout réel concret, fonction de soupape, lorsque la pulsion trouve son apaisement dans la charge gratifiante attachée à l'image à laquelle elle renvoie.

3) le Moi

Hors cet assouvissement fantasmatique, l'intervention du Moi est nécessaire à la satisfaction des pulsions ; il est l'instance consciente, le champ conscient de la personnalité où se satisfont normalement les pulsions, il est le lieu où s'éprouvent satisfaction et souffrance. Inséré dans la réalité il va réaliser l'adéquation de la demande pulsionnelle au réel concret, au mieux des exigences du monde intérieur et du monde extérieur. La pulsion issue du Ça est intégrée sous forme imaginaire et symbolique par le Surmoi qui la présente au Moi en termes d'images et de mots porteurs du signe pulsionnel et déjà signifiants d'une réponse possible élaborée sur un mode analogique avec les expériences passées. Le Moi a charge cette fois de créer un lien logique entre la pulsion et la réalité, s'il a lui aussi une fonction imaginaire et symbolique c'est en termes intelligibles d'images et de mots, qui devront trouver le modèle de réalisation adéquat et concret de la pulsion dans le champ de la Conscience. Pour faire cette synthèse le Moi saura modifier éventuellement le monde extérieur pour l'adapter à l'exigence pulsionnelle mais il saura aussi, en dernier ressort, moduler, nuancer le désir. La situation rencontrée sera à son tour introjectée dans le Surmoi, s'intégrera dans son jeu imaginaire et symbolique, viendra parfaire sa fonction analogique d'équilibre entre les pulsions, acceptant les unes, rejetant les autres, etc...

Dans son rôle de médiateur le Moi est distendu, partagé entre l'acceptation ou le rejet et des exigences de la personne et de celles du monde extérieur. Il se heurte au Surmoi mais "à la manière dont un canal contient et conduit un torrent", il s'en faut aussi pour qu'il ait une vue objective du monde extérieur qu'il tentera toujours, dans la mesure du possible, de plier au désir du sujet ; il est investi de la libido, l'objet de celle-ci.

D'autres accordent au Moi une origine moins psychogène que structurelle, innée, et le considèrent animé de ses propres pulsions de stabilité, d'expansivité. De fait s'il a des racines largement enfoncées dans l'inconscient, il est aussi conscience de soi, animé de ses propres désirs, capable dans certaines situations de méconnaître certains aspects de la personnalité dont il fait partie et qui ne lui siéent pas.

4) le lien affectif

Dans ces interactions entre le Ça, le Surmoi et le Moi nous assistons à la constitution du lien affectif et du sens moral qui conditionneront les rapports du sujet avec autrui, sa plus ou moins grande adaptation aux autres dans la Société. Il semble legitime de voir dans la relation mère-enfant la formation du premier lien d'affection avec l'autre. Nous assistons dans chaque histoire individuelle à une triple rupture de cette relation maternelle dont dépendra la plus ou moins grande facilité des relations ultérieures avec d'autres personnes que les parents. La première de ces ruptures va de paire avec l'apprentissage d'une certaine autonomie, la découverte par l'enfant de ses propres limites corporelles, nécessaire lieu de passage de ses satisfactions ; il va les maîtriser peu à peu afin d'en tirer le meilleur parti dans la production de ses jouissances. De la fusion, nous passons à la relation mère-enfant, cet éloignement conduit l'enfant au discernement de l'objet maternel, objet qui est introjecté. Mais, cette relation n'étant pas toujours apaisante, alternant plaisir et déplaisir, la mère, grâce aux fonctions combinées du Surmoi et du Moi, est progressivement appréhendée, introjectée non plus comme un objet mais comme une entité personnelle animée de ses propres désirs, aux valeurs et aux exigences dont il faut tenir compte pour préserver la relation gratifiante. Confronté à la situation frustrante, le Surmoi à travers la pulsion refoulée va introjecter l'interdit de la mère ; après une première réaction d'angoisse voire agressive, le Surmoi va idéaliser cet interdit aux fins d'un meilleur assouvissement des désirs de l'enfant tant il a besoin de sa mère. Nous reconnaissons là les origines de l'acquisition du sens moral par l'introjection de l'image de l'autre.

Ainsi donc nous assistons à une abstraction de plus en plus grande de la relation avec la mère, le lien se "psychologise". Il importe pour cela une conduite harmonieuse de la mère, trop gratifiante elle ne permet pas la rupture, l'internalisation de son image et empêche la formation de tout lien de relation avec autrui ; trop frustrante l'enfant ne pourra introjecter du monde ambiant quelque image que ce soit excepté une menace latente contre laquelle il devra se défendre. Rendue ainsi possible grâce à cette double rupture, la survenue du père est primordiale dans l'évolution du lien affectif. Elle détourne l'enfant de lui-même et du seul objet d'amour maternel. Cette triangulation de la relation constitue l'indispensable tremplin qui rendra possible l'élaboration ultérieure de relations tournées vers l'extérieur, en dehors des parents. Dans la solution du conflit oedipien le Surmoi va acquérir l'indispensable complément d'images pour l'identification correcte de soi et des autres. C'est enfin au cours de l'adolescence, à l'occasion des premières expériences sexuelles, que se constituera définitivement la relation affective à autrui.

5) le sens moral

Cette "socialisation" s'accompagne de l'acquisition du sens moral ainsi que nous l'avons esquissé précédemment, à travers les exigences et les interdits de la mère, mais surtout grâce à l'émergence de l'imago paternel qui va rendre possible l'internalisation de la loi, l'introjection progressive des exigences du monde extérieur. Le sens moral va en effet se constituer grâce à "l'introjection progressive des images d'autrui au Surmoi, l'autre trouvant sa place dans le monde intérieur comme une source de désirs et une exigence avec laquelle il faut composer pour obtenir la satisfaction". Le Surmoi pour la sauvegarde de l'économie du sujet, ayant comme nous l'avons dit la faculté d'idéaliser l'interdit, de l'investir d'une valeur positive, nous voyons l'enfant se constituer un idéal de lui-même. En refoulant les pulsions incompatibles avec cet idéal il s'assure de l'amour d'autrui, se protège de leurs agressions.

Il est donc très clair que l'acquisition des valeurs morales trouve sa source dans la constitution des liens affectifs avec les autres. La struc-

turation harmonieuse de la personnalité nous apparaît, en dernière analyse, essentiellement tributaire de la formation et du bon fonctionnement du Surmoi, véritable plaque tournante de synthèse et d'intégration entre la naturelle et bouillonnante avidité du Ça et la hiérarchie des valeurs sociales dont l'irrespect est exclusif de la vie en commun. L'adéquation satisfaisante des pulsions aux impératifs de la vie extérieure va dépendre de la synthèse qu'en fera le Surmoi, accordant la détente fantasmatique ou l'accès au réel conformément à d'idéal de soi. Cet idéal peut être comparé au laisser-passer protecteur, la somme des pré-attitudes et des pré-discours que livre le Surmoi pour le plaisir du Moi, et chargé de réaliser l'équilibre des tensions à leur plus bas niveau. Pour prévenir la frustration le Surmoi utilise la fonction analogique de sa mémoire, stock d'abstractions imaginaires et symboliques des expériences antérieurement vécues chargées de la chaleur pulsionnelle et des réponses données frustrantes ou gratifiantes. Nous le voyons, tout réside dans cette capacité du Surmoi d'abstraction, de symbolisation à coloration affective, sorte de rétention fantasmatique du passé qui assure l'identité, la stabilité et la pérennité du sujet tout au long d'une démarche conforme à son idéal de vie.

2 - La personnalité psychopathique

Après une étude fondée sur l'application du test de RORSCHACH à un groupe de psychopathes-délinquants, L. CASSIERS nous enseigne qu'il faut voir dans une insuffisance du Surmoi la raison du trouble psychopathique. Nous devons convenir que son élégante démonstration a su emporter notre conviction. Les éléments cliniques fondamentaux sur lesquels s'accordent la majorité des auteurs pour définir la psychopathie, trouvent dans sa thèse une parfaite explication pathogénique et les éléments diagnostiques qui les différencient de ceux de toute autre affection psychiatrique.

La personnalité normale étant comprise dans les schémas constitutifs que nous venons de donner, tentons de faire le profil d'une personnalité dont le Moi, normal, repose sur une totale insuffisance surmoïque, au sens où cette instance a été définie précédemment. En d'autres termes, tentons de rendre

compte d'une personnalité psychopathique par l'absence ou l'insuffisance de sa vie fantasmatique.

Incapable de manipuler et de synthétiser ses pulsions en investissements d'images et de mots, privé de tout un monde imaginaire et symbolique le psychopathe est totalement impuissant à introjecter l'image d'autrui avec ses valeurs et ses interdits, il ne connait ainsi aucune identification. Ses rapports avec les autres resteront à un niveau très archaïque, il les manipulera comme de simples objets, jamais dans ses conduites il n'en tiendra compte et nous comprenons là son égocentrisme, son inaffectivité, son amoralité et son inadaptation sociale.

Conservant malgré tout un Moi normal il dispose des images et des mots du langage conscient et nous trouvons ici l'explication de l'éternel paradoxe psychopathique souligné par CLERCKLEY : la discordance entre sa vie et son discours prise souvent, et à tort pensons-nous, pour une attitude mythomaniaque. Dans le présent, dans une situation actuelle donnée le psychopathe est capable d'exprimer, de manifester telle attitude qui sera adaptée à tel code, telles valeurs alors en usage. Face à telle personne par exemple et dans la recherche d'une satisfaction, il pourra donner l'aperçu d'un lien affectif valable construit sur une hiérarchie de valeurs usuelles, mais qui s'effondrera sitôt cette personne absente ou à tel autre moment ; non qu'on puisse l'accuser d'insincérité, de simulation ou d'immoralité, mais tout simplement parce qu'un tel lien, construit dans l'instant par un Moi asservi aux exigences du désir, ne repose en fait sur aucun schéma, aucune structure symbolique inconsciente qui seule pourrait en assurer la durée, référence indispensable à la continuité d'une relation dans une même attitude.

Le psychopathe est donc aussi foncièrement instable puisqu'aucun fil directeur, aucun projet ne dirige sa conduite. L'absence de toute infrastructure surmoïque témoin d'une histoire affective supprime tout idéal, tout projet, toute possibilité aussi de tirer parti d'une expérience vécue puisque jamais ne se feront sentir les pressions intérieures des expériences frustrantes ou gratifiantes passées que le psychopathe ne mémorise pas, n'intériorise jamais. Le psychopathe vit dans un perpétuel présent et comme le disait MAGNAN

"l'homme d'hier n'est pas celui de demain". Sans passé et sans avenir il est constamment "le Moi du Ça", d'où son impulsivité voire son agressivité qui ne ressemblent en rien à la décharge explosive d'une tension intérieure mal contenue, débordement fantasmatique, mais qui sont simplement l'expression de la prise immédiate du plaisir dicté par le Ça et grâce à l'intelligence du Moi.

Asocial, il l'est forcément puisqu'ayant échoué dans la constitution de tout lien affectif fondement du sens moral, il n'a réalisé aucune introjection de quelque image d'autrui que ce soit et partant aucune des exigences du monde extérieur. Mais là encore, il n'a rien du révolté antisocial dont les actions répondent à un projet réactionnel fondé sur une contre-hiérarchie des valeurs ; de la même façon son égocentrisme n'est pas celui du narcissisme secondaire dont la hiérarchie des valeurs introjectées est conforme à son besoin d'autovalorisation.

L'accuse-t-on de comportements pervers, certes puisqu'il est fixé à des besoins très archaïques fort peu élaborés, mais il est habituel de constater que ses conduites ne sont jamais frappées du sceau de la quelconque pratique perverse qu'il pourrait exercer ; elle est en effet très fluente, soumise à aucune structure symbolique inconsciente et stable susceptible de l'alimenter. Il s'agit davantage d'un comportement infantile que l'expression d'une organisation pulsionnelle névrotique ou de quelqu'autre conflit fantasmatique permanent. Ce qui caractérise au contraire le comportement pervers du psychopathe est bien sa pauvreté fantasmatique.

Dans cette optique il apparaît aussi bien improbable que la psychopathie soit une réaction à l'angoisse comme le prétendent DENIKER, SELFE ou TRILLAT, celle-ci étant normalement véhiculée par les images et les symboles qui font défaut au psychopathe, ce dernier sera bien incapable de la manipuler. Tout au plus se manifestera-t-elle, comme c'est souvent le cas, "au niveau d'images extrêmement massives et archaïques de mort, de destruction personnelle physique ou psychique, de fuite ou d'agression".

3 - Discussion

Si semblable pathogénie rend compte de la psychopathie en tant que telle, elle n'explique que très imparfaitement la délinquance. Le comportement criminel trouve certes un terrain de choix dans le trouble psychopathique surtout s'il est aussi massif et caricatural que celui que nous avons décrit. Mais combien de fois un tel trouble se rencontre-t-il hors la prison, sans casier judiciaire!? Si la grande majorité des délinquants que nous avons rencontrés participent d'un bas niveau d'élaboration symbolique, d'une pauvreté fantasmatique, il s'en faut de beaucoup pour que tous soient des psychopathes, du moins à part entière, et bon nombre font montre de constellations et de motivations psychologiques fort différentes qu'elles soient ou non pathologiques. Pour preuve nous tenons ce révolté antisocial que nous citions plus haut ou cet autre sujet appartenant à une sous-culture criminelle et qui aura très bien introjecté les valeurs de son groupe.

Sur quelles étiologies de semblables considérations pathogéniques nous permettent-elles de déboucher ? La somme des énergies psychiques, masse pulsionnelle du Ça est-elle donnée de façon identique à chacun (aspect quantitatif), existe-t'il dans le psychisme des images héréditaires ou constitutionnelles pouvant pré-orienter dans telle direction les mouvements pulsionnels de cette énergie (aspect qualitatif), en d'autres termes ne peut-on dire que le criminel serait porteur d'images archaïques du Ça anormales ? Quelques instants chassées, les théories constitutionnalistes reviennent au galop !, et quelle part convient-il de faire à l'hérédité voire à des antécédents pathologiques néo-nataux, quelles réponses la génétique et la bio-chimie cérébrale pourront-elles nous donner ? Quant au Surmoi, n'a-t-il pas, lui aussi un prédéterminisme constitutionnel en tant qu'il est légitime de considérer qu'il est tributaire des structures cérébrales ? Quant à l'origine psychogénétique du Surmoi, nous avons vu pour qu'il bénéficie d'un harmonieux développement l'importance de l'environnement dont dépendra la qualité des images et des symboles utilisés. C'est reconnaître implicitement le jeu possible, dans un cas de facteurs héréditaires ou acquis très précocément, et dans l'autre de facteurs de milieu. Nous savons l'intérêt primordial qu'il faut accorder aux premières re-

lations parentales ; les uns accusent le rejet précoce de la mère, ce sont les plus nombreux ; certains dénoncent l'ambivalence des conduites parentales, l'un d'eux étant trop frustrant, l'autre trop gratifiant ; d'autres enfin insistent sur la carence de l'image paternelle, l'absence de constitution et de solution du conflit oedipien (DENIKER et SEMPÉ). Mais nous savons aussi l'influence jouée par le milieu en tant que groupe, culture ou sous-culture ... là les conceptions sociologiques du comportement criminel nous apportent tout leur enseignement.

VI - LES CONCEPTIONS SOCIOLOGIQUES

"...Il est en effet impossible de parler d'un crime - j'entends d'un crime considéré in abstracto et non d'un crime particulier - sans évoquer en même temps le milieu social où il a pris naissance et a, dans une mesure plus ou moins grande, mais toujours effective, contribué à sa naissance, à son développement ou à son déclin. Pour ce genre de problèmes, les criminologues de formation médicale ou psychiatrique déclarent forfait... " LEVY-BRUHL ne peut introduire de façon plus impérative la part sociologique dans la recherche en Criminologie.

1 - Avènement de la sociologie criminelle

La sociologie criminelle doit beaucoup en France aux philosophes humanistes du 18ème siècle tel J.J. ROUSSEAU, mais il fallait attendre le siècle suivant pour que la responsabilité de la Société dans la génèse du crime soit réellement assise sur une première doctrine cohérente et scientifique. Nous devons à Enrico FERRI, Gabriel TARDE et Emile DURKHEIM les fondements de la Sociologie criminelle.

FERRI fut l'un des premiers à attirer l'attention sur les causes et les conséquences sociales du crime, naturellement il invitait pour le prévenir à agir sur le milieu social par des réformes visant à améliorer les conditions de vie et la morale sociale (... nos cours d'éducation civique !).

TARDE qui était magistrat, s'est arrêté aux facteurs d'imitation pour expliquer la criminogénèse, c'est en ce sens qu'il paraît avoir été beaucoup critiqué, cette seule clef ne suffisait pas mais annonçait déjà certaine théorie de Edwin H. SUTHERLAND dans son explication "historique" du comportement criminel.

DURKHEIM s'intéressa beaucoup à la criminalité et allait influencer de façon décisive toutes les idées que l'on pouvait avoir du geste délictueux, sur les racines et les motivations d'un tel mal. Sans lui donner une valeur morale ni lui retirer sa possible morbidité, il fait de l'acte criminel un fait normal, un phénomène socio-culturel inhérent à toute société et susceptible de devenir l'objet d'une investigation scientifique.

2 - La détermination par autrui : J. GENET

Le biais de la psychologie sociale nous parait une voie d'accès sensibilisatrice aux conceptions de cette nouvelle branche de la sociologie. Nous sommes tentés de reprendre après SHLOMO SHOHAM le processus de stigmatisation criminelle par le milieu exprimée dans l'oeuvre de Jean GENET. Nous avons là un modèle de déterminisme social bien difficile à récuser et sur lequel il est agréable de méditer en dépit de toutes les rationnalisations qu'ait pu faire Jean GENET pour justifier son passé. "Je me reconnaissais le lâche, le traître, le voleur, le pédé qu'on voyait en moi ... ainsi refusais-je décidément un monde qui m'avait refusé". C'est bien là le dilemme de l'exclu. Il parait incontestable que l'attitude qui consisterait à ponctuer l'histoire caractérielle d'un enfant de valeurs négatives, assimilant chacune de ses séquences plus ou moins riches en exactions à des archétypes criminels aboutirait, en l'absence de chaleur affective, à provoquer un profond désarroi dans le champ d'une personnalité inculte à la recherche de ses modèles d'identification. Pour le moins déclencherait-elle chez le sujet une attitude ambivalente dans le choix de ce mauvais chemin où il se sent inconsciemment poussé, ne serait-ce que pour justifier les menaces et apaiser "l'attente anxieuse" de l'autre, cet autre précisément qui dans les équivalents mineurs de semblables projets le juge et le rejette déjà très sévèrement. Il est habituel de constater que l'enfant finit

toujours par commettre l'imprudence qu'un cercle de famille aura prophétisée urbi et orbi sur un ton souvent sarcastique ! Faut-il voir ici la puérile caricature de cette "détermination par autrui" dans la conduite délinquante dont parle GENET ?

Dans quelle mesure une personnalité trouvera sa vocation dans les prédictions incessantes du milieu où elle a été formée, adoptera les valeurs négatives qu'on lui aura si souvent attribuées ? Semblable affirmation parait d'autant plus convaincante que les origines mêmes du sujet sont indéterminées ... enfant adoptif GENET n'est-il pas déjà l'incarnation de la faute ! Enfant perdu, déshérité, il ne possède rien et trouvera l'égo-identité dans un rôle de voyou qu'on a conçu pour lui, ce statut-là personne ne viendra le lui prendre ; autre bénéfice secondaire : opter pour un tel statut c'est aussi accéder à une identité de groupe, avoir l'indispensable sentiment d'appartenance à une société, en l'occurrence celle des criminelles puisque l'autre l'a rejeté dès les premiers instants. Cette dialectique aboutit à une espèce de syllogisme qui consacre la stigmatisation : tel individu qui se sera conformé à l'image du mal qu'on cherchait à lui attribuer en le mettant ainsi en situation marginale, aura le sentiment d'avoir rempli son rôle et en retour exigera sinon le compliment au moins l'acceptation !

Le drame de l'exclu ne s'arrête pas là ..."on peut sortir de prison, avoir purgé sa peine, mais on n'en reste pas moins un voleur !". Loin de faire de la notion de la détermination par autrui et de la théorie de l'exclu la clef du comportement criminel, nous avons voulu néanmoins les citer pour cet ultime corollaire de pérennisation dans la sous-culture criminelle qu'ont instauré nos normes sociales, entre autres avec le "casier judiciaire !". Une telle ségrégation nous paraît aussi justifier le point de vue de E.H. SUTHERLAND faisant du crime un phénomène de groupe transmis et acquis par association avec le groupe criminel.

3 - L'association différentielle : E.H. SUTHERLAND

SUTHERLAND précise les étapes successives de cette acquisition. Elle atteste d'abord que l'acte criminel n'est pas héréditaire ; les masses media interviennent peu, l'apprentissage se faisant volontiers au contact ; mobiles et tendances impulsives, en d'autres termes l'exécution sera fonction d'un bilan négatif des interprétations favorables et défavorables des dispositions légales, lorsque celles-ci prévalent sur celles-là, ce qui introduit l'importance des conflits de cultures comme bouillon nutritif de la criminalité, c'est le principe de "l'association différentielle". Ce principe, dont les mécanismes sont ceux de toute formation, montre que la seule imitation est inopérante en criminogénèse, il vaut pour les modèles criminels et anti-criminels et souligne qu'un comportement neutre n'endiguera ni ne favorisera la criminalité (notion importante dans un projet de prévention !). Enfin SUTHERLAND affirme que si le comportement criminel est l'expression d'un ensemble de besoins et de valeurs, il ne s'explique pas par eux puisque le comportement non criminel est l'expression des mêmes besoins et des mêmes valeurs.

4 - Le crime : échappatoire aux contradictions de notre Société

Sans oublier que le crime n'est que l'acte qui blesse "les états forts de la conscience commune" et donc valable en tant que tel qu'aux yeux d'une société donnée, nous sommes ici portés à une critique de notre Société qui manifestement ne met pas à la disposition de tous les moyens nécessaires à l'accession des idéaux qu'elle promeut.

R.K. MERTON nous montre cependant que le paradoxe de la Société capitaliste a des corollaires plus complexes. L'ambition du succès financier, type de conduite imposé par la société américaine, est responsable de plusieurs types d'adaptation individuelle, il conduit de façon très subtile et diverse à l'anomie et à la déviance ; tels sont "l'innovateur", "l'évadé" et le "rebelle", quant au "ritualiste" s'il n'accepte pas l'idéologie imposée, il demeure respectueux des normes. Ce sont trois subcultures différentes. L'évadé refuse le modèle de conduite et fuit dans une subculture de retraite ; ce sont l'exilé,

l'alcoolique, le drogué, le hippy, etc..., dont s'est bien défendu la société américaine dans le personnage de Charlot. Le rebelle est plus facile à combattre car son action est politique ; le mythe de la rébellion, qui pour réclamer une société nouvelle voit dans celle d'aujourd'hui l'origine de toutes les frustrations collectives, trouve un rival dans le mythe du conformisme qui voit la frustration inscrite dans la nature même des choses et non dans telle ou telle structure sociale, qui trouve des paliatifs dans les réformes épisodiques et dans des réflexions du genre : "tel individu n'est-il pas un raté puisque chacun dans ce pays reçoit ce qui lui revient !". Quant à l'innovateur il retient toute notre attention, acquis au principe du succès financier comme suprême idéologie et constatant que les normes en vigueur empêchent une promotion rapide, il sait élaborer un système nouveau dont il sera souvent difficile de dire s'il relève de la plus astucieuse et géniale organisation commerciale ou de la plus sournoise des malversations !

Nous reconnaissons là le "crime dans le domaine des affaires" isolé par E.C. HILL dès 1872, ces "criminels de la haute" dont reparlait le Professeur MORRIS en 1935, aspect bien particulier de la déviance consacré par SUTHERLAND en 1939 sous le terme de "crime en col blanc". Un peu plus tard des enquêtes américaines ne devaient épargner aucun corps de métier sans parler bien sûr de la fraude fiscale ! ... oui LAGACHE a raison de prétendre que l'infraction est une structure essentielle de l'existence humaine. A ce propos il convient de remarquer l'arbitraire et toute la relativité des recherches en Criminologie clinique qui ne s'adressent qu'aux seuls emprisonnés, les moins géniaux ou les plus mal chanceux de ces "innovateurs" ; en effet dans leur grande majorité, issus de classes très infériorisées, ils n'ont pas trouvé dans leur "association différentielle" les modèles criminels les plus élaborés ni du plus haut niveau !

Il est intéressant de noter au passage que ces classes prolétariennes induisent inconsciemment le comportement déviant : ici, peut-être plus qu'ailleurs, s'exerceront les pressions en faveur de la réussite financière et c'est bien là pourtant que manqueront le plus les moyens pour y accéder ; nous sommes tentés de mettre un tel comportement en parallèle avec la relation

narcissique à un idéal du Moi mégalomaniaque que PASCHE voit à l'origine de la dépression d'infériorité.

5 - Le crime est utile à la Société

En définitive on peut se demander si plus encore qu'un simple phénomène socio-culturel, le crime ne serait pas utile voire indispensable à toute société !. Sans partager l'opinion de GENET exigeant notre reconnaissance pour le voleur qui accomplit nos désirs criminels et nous assure ainsi d'un exutoire très confortable, après K. MARX nous pourrions rappeler toutes les utilités du crime et plus généralement de la déviance sur laquelle est fondée une partie non négligeable de notre économie. Certes la déviance a créé les appareils policier, judiciaire et pénitentiaire, tous les organes de prévention des fraudes quelles qu'elles soient et elles sont nombreuses, elle a inspiré bien des chapitres du théâtre, de la littérature et des arts, ne stimule-t-elle pas l'énergie de la classe dominante, n'est-elle pas à l'origine du système bancaire, de combien de métiers n'est-elle pas responsable dans la protection de la propriété privée.... il serait mal aisé de clore une pareille liste.

* *

Conclusions.

Efforçons-nous maintenant, non de mettre en délibéré l'étude qui vient d'être faite, mais de cerner, au travers de ses réflexions, la contribution que peut apporter le psychiatre, le rôle qu'il peut jouer dans l'organisation, le traitement et la recherche criminologiques.

I - RAPPEL

Tout d'abord préoccupé par le seul exercice de la psychiatrie en milieu pénitentiaire, nous avons cherché à connaître les circonstances qui avaient présidé à cet avènement, à découvrir comment l'Histoire avait conduit le psychiatre dans les prisons, les places et rôles qu'elle devait lui donner. Avant tout chargé de reconnaître la maladie mentale comme cause possible du délit, il secondait l'appareil judiciaire dans l'établissement de la responsabilité du criminel. Mais peu à peu sa fonction d'expertise s'est doublée d'une fonction de soins; plus que la reconnaissance du droit des prisonniers à la santé mentale, le crime était admis comme phénomène normal à toute société, et la polysémie du comportement criminel, jusqu'ici endigué par la ségrégation, conduisait à reconsidérer les moyens à lui opposer. La nouvelle mission du psychiatre s'intégrait dans une fonction globale de soins, la Société reconnaissait son mal et le prenait en charge pour lui porter remède. La prévention allait profiter de ce que son objet devenait scientifiquement observable, les disciplines les plus diverses allaient s'employer à son étude, des laboratoires

d'anthropologie, de biologie ou de biochimie à la Sociologie en passant par la psychiatrie, la psychologie et à la psychanalyse. Quant à la prison, elle allait tenter de concilier son ancienne vocation de neutralisation et d'exemplarité avec un rôle de rééducation, de réintégration du délinquant dans la Société. Ainsi le psychiatre s'est intégré dans les diverses structures du "traitement pénitentiaire" en même temps qu'il contribuait à la mise en place de celles qui lui étaient propres. Tout en assurant l'hygiène mentale d'une population pénale particulièrement exposée et vulnérable, il s'est employé à connaître mieux la personnalité du délinquant participant à son orientation vers les différents établissements pénitentiaires à caractère éducatif, mais aussi aux fins d'un traitement moins pénitentiaire que criminologique. Clinicien parmi les criminologistes, il s'est attaché avec eux à la compréhension du comportement criminel pour que leur science progresse en même temps que leurs possibilités de lutte contre la délinquance.

II - PSYCHIATRIE ET CRIMINOLOGIE

Clinicien, le psychiatre-criminologue n'a son service qu'à l'intérieur de la prison, les quartiers de sûreté des Hôpitaux Psychiatriques pour internés médico-légaux ne pouvant guère être considérés en France somme participant du mouvement criminologique. Outre le fait qu'ils sont l'ultime ghetto des aliénés réputés incurables et dangereux, nous voyons à cela une raison que d'aucuns, délateurs d'une psychiatrie qu'ils croient inféodée aux administrations judiciaire et pénitentiaire, tiendront pour paradoxale : la totale séparation de ces services du Corps social judiciaire. Le non lieu judiciaire suivi d'internement administratif obture non seulement toute possibilité thérapeutique mais toute demande scientifique, s'identifiant au médecin ou au détenu à travers la permissivité, l'institution juridico-pénitentiaire élimine la loi et rend la relation dissociative, hors de toute attitude thérapeutique et criminologique tant il est vrai aussi que la forme et la fonction sont indissociables. C'est bien, entre autres, pour éviter, quand il était possible, ce rejet administratif que se sont créés les Services psychiatriques des prisons, dont

le Centre Médico-Psychologique sur lequel est centré notre étude. Il ne convient pas pour autant de considérer qu'il faille l'imaginer toujours dans sa situation actuelle, à l'étroit au fond d'une prison symbole d'une conception surannée de la peine. Sans chercher à savoir quel sera l'ordre des préséances, nous pensons que son avenir se situe avec celui d'une pénologie moins privative de liberté, réellement adaptée au mal d'une Société qui n'est plus intégrée et dont on s'évertue à connaître les causes. Aussi n'est-il pas complètement utopique d'imaginer dans cet ordre d'idée un Centre de consultations et de prise en charge psychiatrique, extérieur aux prisons, pour prévenus et condamnés, et où finalement la délinquance ne serait peut-être plus qu'une branche particulière de la déviance.

Sans vouloir brûler les étapes, la première proposition que nous faisions d'un dépistage des éventuelles affections neuro-psychopathologiques hors la prison, entre le Parquet et le Commissariat, ne nous paraît pas chimérique à la veille d'une époque où l'emprisonnement ne sera plus qu'une mesure d'exception face à celles de contrôle, de surveillance, de probation, de "Corrective-Training", etc... dans le cadre d'un vaste système d'Aide Sociale où la collectivité même participera en tant que telle à l'instar des expériences du genre menées dans les Pays-Bas, en Tchecoslovaquie, aux U.S.A., etc...

Quant à l'actuelle fonction d'Expertise du psychiatre, nous souhaiterions, faute de mieux, qu'elle se limite à la seule reconnaissance de la responsabilité sur le seul critère d'aliénation mentale dans son sens le plus classique et le plus strict, étant réservé à l'Equipe Médico-Psychologique des prisons le soin de constituer un dossier complet de personnalité sur lequel la juridiction concernée déciderait, dans un deuxième temps, de la forme de la peine, du traitement pénitentiaire à instituer. C'est bien en effet cette Equipe qui, pour le suivre au Centre Médico-Psychologique au cours des longs mois de l'Instruction, connaîtra le mieux le prévenu.

III - LA MISSION DU PSYCHIATRE DE PRISON

Nous avons vu toute l'importance qu'il y a à situer l'action psychiatrique et criminologique clinique au sein de l'Equipe homogène, multidisciplinaire du Centre Médico-Psychologique. Sans revenir sur les caractéristiques communes à celles de tout service de soins, de clinique ou d'hôpital, dont nous souhaiterions cependant qu'il empruntât à l'organisation, soulignons à nouveau la spécifité de rôle du C.M.P. des prisons auquel il doit être constamment attaché faute de devenir obsolète. En l'état actuel des choses et sans chercher en aucune façon à imposer un diktat dans la prison, le C.M.P. doit tendre à faire de tout le personnel un réel "collectif soignant". Cherchant moins à se faire accepter du personnel pénitentiaire, il doit participer à l'élaboration d'un langage commun. Ce n'est pas à travers la parole du Directeur, d'un Surveillant ou du Médecin, mais des événements qui s'y passent, que l'Institution est remise en question ; elle doit pouvoir s'exprimer à travers la parole de "n'importe qui", encore faut-il que cette parole soit perçue comme symptôme de l'ensemble et reprise par un porte-parole. D'où l'intérêt de ce langage commun dans la prison pour éviter la fuite dans l'action immédiate et donner une valeur d'acting-out à ce qui est réduit autrement à un simple passage à l'acte ; cela importe à la Prison plus encore que dans n'importe quelle autre Institution. Voeu pieux, entreprise ambitieuse et démesurée, peut-être, mais qui nous semble pourtant la condition préalable à toute autre psychothérapie individuelle ou de groupe.

Nous reportant à ce qui a été dit au sujet des difficultés de l'approche du détenu dont la parole apparaissait gauchie, il importe d'adopter une attitude cohérente et non équivoque où l'identification, le rejet moralisateur n'ont pas plus de place que la neutralité réconfortante et stérile... autant de comportements qui s'originent dans une difficulté à vivre un lien social avec le détenu, autre sociopathie qui semble ici de bien mauvais propos. Tentations philanthropique, moralisatrice ou égoïste, ainsi que le disait HOCHMANN, doivent céder le pas au "décrassage impitoyable de la faute" dont parle P. RICOEUR quand existe cette culpabilité irréelle, névrotique, rédhibi-

toire de toute action éducative et normative. Ayant déjà insisté sur le caractère anti-thérapique et dissociatif d'une position hors la loi, nous pensons pouvoir prétendre que le psychiatre doit assumer ce fardeau éthique et s'incorporer avec toute la souplesse requise aux différentes facettes de l'action "rééducative".

Il nous est apparu que la psychothérapie individuelle pouvait bénéficier d'un juste équilibre entre les concepts psychologiques non directivistes, dynamiques voire Rogériens et analytiques, chaque fois adaptés aux besoins de la relation. Les circonstances de la rencontre dans cet univers de contrainte et la précarité d'une relation qui peut être interrompue à tout moment (transfert d'une prison à une autre par exemple) ne paraissent guère se prêter à une cure spécifiquement analytique. Quant aux psychothérapies de groupe, non encore pratiquées à la Maison d'Arrêt de la Santé, il importe de rappeler que leur pratique et partant leur efficacité devra être sous-tendue et dépendra d'une recherche constante de ce langage commun à l'Institution toute entière dont nous parlions plus haut ; comme les techniques individuelles, elles doivent être aussi conscientes de la pseudo-triangularité de la situation Médecin-Détenu-Institution dont l'un quelconque des éléments sera souvent exclu, soit que le médecin n'appartienne pas à l'Institution (ce qui est souvent le cas), soit qu'il s'établisse entre lui et le détenu une formation réactionnelle d'éviction de l'Institution juridico-pénitentiaire ! En dépit de ces difficiles préalables, ces psychothérapies de groupe ont été courageusement entreprises à la Prison Saint Paul de Lyon, mais, avec l'un des membre de son Equipe, nous nous accordons pour dire que, "si cette technique n'est pas généralisée dans le sens d'un décloisonnement et d'une ouverture vers l'extérieur du milieu carcéral, elle ne sert pas à grand chose sinon à rajouter un chapitre particulier à l'étude de la dynamique des groupes restreints, et à satisfaire le narcissisme de ceux qui la pratiquent".

En attendant nous ne saurions trop insister sur la nécessité d'un dialogue permanent entre les différentes instances pénitentiaire et judiciaire, non seulement pour ce qu'il peut avoir d'obligé et de nécessaire au cours de

l'Information judiciaire et dans la sélection des méthodes de traitement pénitentiaire adaptées à chaque cas pour une réelle individualisation de la peine, que parce qu'il sous-entend un souci de coordination des diverses actions normatives, éducatives et psychothérapiques, une collaboration qui permettra d'améliorer sans cesse les méthodes actuelles sinon d'élaborer les projets de demain. Nous voulons voir à cet égard dans la création de la "Commission d'Application des Peines", définie dans une circulaire ministérielle du 24 avril 1972, le support indispensable à une telle action.

IV - PERSPECTIVES D'AVENIR

Nous savons que l'emprisonnement, mesure privative de liberté, est en contradiction avec le souci de réintégration du délinquant dans la collectivité. S'il supprime les contacts avec le milieu criminel, il rompt aussi dans bien des cas les rares liens sociaux positifs qu'avait encore le délinquant (familiaux, parfois professionnels, etc...), rupture qui entraîne invariablement un sentiment de déchéance et non de punition. Nous connaissons aussi les habitudes de passivité et d'apragmatisme engendrées par la détention, elles ne favorisent pas la resocialisation ; quant au travail pénal soi-disant rééducatif,il est rarement vécu comme une expérience enrichissante et constructive, tout au plus rend-il la vie du prisonnier plus supportable. Il n'est plus utile enfin de souligner l'infantile dépendance et régression subies par le détenu en prison, obstacles supplémentaires qu'il faudra surmonter à la sortie, non plus que le prosélytisme criminel de ce milieu "informel" des maisons de détention.

Conscients de tous les avatars de ce système, les pénologues tentent de lui substituer progressivement des mesures non privatives de liberté. Après la semi-liberté, la liberté conditionnelle, la "Probation" instituée en France sous la forme de Sursis partiel avec Mise à l'épreuve, est la première véritable formulation dans cette voie ; les Nations-Unies en donnent la définition suivante : "La probation est une méthode de traitement de délinquants spécialement sélectionnés et qui consiste en une suspension conditionnelle de la

peine, le délinquant étant placé sous une surveillance personnelle et recevant une orientation ou un traitement individuel". Ces mesures de surveillance et d'assistance voire les obligations auxquelles est soumis le délinquant, appartiennent au "Comité de probation" sous l'autorité du Juge d'Application des Peines . Il faut souhaiter qu'à sa forme morale, le Comité de probation apporte le plus souvent possible une forme matérielle ; certes les agents de probation en nombre suffisant et formés à la difficile tâche de "tuteur" qu'a bien définit le psychiatre anglais D. CARROL, mais aussi toute l'infrastructure d'Assistance, d'Aide sociale qui manque trop souvent. La Région Parisienne compte de rares Centres d'hébergement où se créent, non sans mal, des Equipes de consultation Médico-Psychologiques. Elles sont la suite logique, post-pénale, de leur action débutée en prison, au C.M.P., elles préfigurent aussi peut-être les futurs Services Psychiatriques Pénitentiaires parallèlement à des Institutions, type Rome-Rebbibia, où seraient adressés les psychopathes méritant des soins hospitaliers en milieu fermé.

Ce traitement médico-psychosocial "individuel", ne peut aller sans un traitement social, axé sur la Collectivité en tant que telle ainsi que l'a fait remarquer Chr. DEBUYST. Outre l'action plus générale qui viserait à traiter le groupe criminel lui-même culturellement coupé de la Société globale, ce sont d'abord la difficile réforme du "Casier Judiciaire", la réelle coopération des bureaux de main-d'oeuvre, de toutes les corporations de métiers, la sensibilisation de la Société toute entière au fait criminologique, qui apporteront le cadre indispensable à la resocialisation des délinquants, certaines des conditions, et non des moindres, à leur réelle réhabilitation. Citons ici à titre documentaire l'expérience que nous conte Bill SANDS aux U.S.A. dans son livre "The seventh step" ; ancien détenu lui-même, un peu à l'image de certaines de nos ligues anti-alcooliques, il a créé dans les prisons avec la participation des délinquants eux-mêmes, de véritables "classes de pré-libération" de même que les conditions extérieures favorables pour que puisse se réaliser une authentique et durable réinsertion socio-professionnelle !

Dans cette ouverture sur l'extérieur de la Criminologie clinique nous entrevoyons très clairement la nécessité des "Services psychiatriques spécialisés" parallèlement aux Services sectoriels de Psychiatrie générale, ainsi qu'il est dit dans la circulaire ministérielle du 14 Mai 1972 parue au Journal Officiel du 21 avril 1972. Non pas tant à cause de l'extrême rareté de prise en charge des psychopathes par les Hôpitaux Psychiatriques et leurs Equipes de secteur, ce qui serait entériner un certain aspect rejetant de notre discipline, ni même pour la relative spécialité que requerrait peut-être semblable prise en charge, qu'en raison d'une population extrêmement mouvante, fluente, par définition hors secteur et qui ne fait souvent appel qu'à "l'urgence". Tout est encore à l'état de projets ou presque, mais nous pensons qu'il incombe au Centre Médico-Psychologique de la Prison de provoquer semblable développement.

V - ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE

L'efficacité d'une pratique médicale ne peut se concevoir sans des temps minimum réservés au retour sur soi, à la théorisation, a fortiori en Criminologie dont l'enseignement et la recherche doivent nécessairement se situer en prolongement des Services Psychiatriques des Prisons. C'est ainsi, nous l'avons dit et grâce aux efforts continus du Docteur P.B. HIVERT, que le Centre Médico-Psychologique de la Maison d'Arrêt de la Santé trouve sa place, en sa qualité de Service clinique, auprès des Unités d'Enseignement et de Recherche de Psychiatrie, de Médecine-Légale et des Sciences Humaines où s'élabore et se dispense le possible Savoir Criminologique.

* * *

Bibliographie.

Une bibliographie sur la Psychiatrie pénitentiaire et la Criminologie clinique remplirait aisément plusieurs volumes d'un dictionnaire. Celle que nous donnons ici est forcément incomplète, elle concerne les ouvrages que nous avons consulté tout au long de nos années de formation en Psychiatrie et ceux auquels nous nous sommes référés.

*

- AICHORN (A.) - Verwahrloste Jugen, Vienne, 1925. Trad. Wayward Youth (Jeunesse dévoyée), N.Y., Viking Press, 1965.

- ALEXANDER (F.R.) et STAUB (A.) - Le Criminel et ses Juges, Paris, Gallimard, 1938.

- ANCEL (M.) - La Défense sociale nouvelle : un mouvement de politique criminelle humaniste, Paris, Cujas, 1954.

- ANDERSEN (Ch.) - L'Application pratique de la loi de défense sociale, Rev. Droit Pénal, 1954, 35,1.

- ANDERSEN (Ch.) - Défense sociale et Liberté, Rev. Droit Pénal, 1960, 41,2.

- AUBER (J.L.) - La personnalité criminelle - Perspectives Psychiatriques, 1965, n° 12, 15-27

- BACHET (M.), FLEURY (Melle) et WEISS (C.) - Premier rapport sur l'Annexe psychiatrique des prisons de Fresnes, Imprimerie Administrative, Melun, 1952.

- BADONNEL (M.) - L'Annexe psychiatrique de la Petite Roquette, Rev. Pénit. Droit Pénal, 1966 (avril-juin), 275-278.

- BECCARIA (C.) (1764) - Des délits et des peines, Genève, Droz, 1965.

- BOISSEAU (E.) - Des maladies simulées et des moyens de les reconnaître, Ballière, 1870.

- BOISSEAU (J.) - Hystérie et simulation, Ann. Méd. Psycholo. juillet-Octobre, 1949.

- BOREL (J.) - Le déséquilibre psychique, Paris, P.U.F., 1947.

- BRETON (J.) - La pathologie mentale des détenus. Perspectives Psychiatriques, 1965, n° 12, 29-41.

- BROUSSOLLE (P.), COLIN (M.), DUBOR (Mme) et GUYOTAT (J.) - Hygiène mentale en milieu pénitentiaire. Fonctionnement d'une Annexe psychiatrique en Maison d'Arrêt, Rev. Hyg. et Méd. Soc., 1956, 4, 445-460.

- BROUSSOLLE (P.) et DAUMEZON (G.) - Modifications dans la réglementation des expertises psychiatriques, E.M.C., Psychiatrie, 37770 A20.

- CENAC (M.) et LACAN (J.) - Introduction théorique aux fonctions de la psychanalyse en criminologie, Rev. franç. psychanalyse, 1951, 15, 1, 7-29 - Actes du 2ème Congrès intern. criminol. (Paris 1950), Paris, P.U.F., 1952, III, 133-155.

- CHAVIGNY - Diagnostic des maladies simulées, Ballière 1906.

- CHEVALIER (L.) - Classes laborieuses et classes dangereuses, Paris, Plon, 1958.

- CLECKLEY (H.) - Antisocial personnalities, An introduction to clinical psychology, N.Y., Ronald Press Co, 1948, 12, 249-264.

- CLECKLEY (H.) - The mask of sanity, Mosby, Ed. St. Louis, 1950.

- CLECKLEY (H.) - Psychopathic states - In ARETI (S.), American handbook of psychiatry, Basic Books, N.Y., 1959, 1.

- COLIN (M.) et Coll. - Etudes de Criminologie clinique, Paris, Masson, 1963.

- CRAFT (M.) - Psychopathic discorders, Londres, 1966, Pergamon Press.

- DEBUYST (Chr.) - Criminels et valeurs vécues : étude clinique d'un groupe de jeunes criminels, Louvain, 1960, Publications universitaires.

- DEBUYST (Chr.) - Le traitement envisagé du point de vue social et sociologique, in Le Traitement des Délinquants, Paris, 1966, P.U.F., 205-235.

- DELMAS (Ach.) et BOLL (M.) - La personnalité humaine, Paris, 1922, Flammarion.

- DENIKER (P.) et SEMPE (J.C.) - Les personnalités psychopathiques. Essai de définition structurale, L'Encéphale, 1967, 1, 5-32.

- DOSTOIEVSKY (F.) (1861) - Souvenirs de la maison des morts, Paris, Union générale d'édition, 10/18.

- DOSTOIEVSKY (F.) (1866) - Crime et châtiment, collection de poche.

- DUBLINEAU (J.) - Le traitement médical et psychiatrique individuel du délinquant, in Le Traitement des Délinquants, Paris, 1966, P.U.F., 15-56.

- DUBLINEAU (J.) et HIVERT (P.E.) - Sur quelques problèmes nouveaux posés par la psychopathologie pénitentiaire, Ann. Méd. psychol., 1959, 117, II, 2, 271-278.

- DUPRE - Les perversions instinctives, Congrès des aliénistes, Turin, 1912.

- DURKHEIM (E.) (1897) - Le Suicide ; études de sociologie, Paris, 1960, P.U.F.

- DURKHEIM (E.) - Les règles de la méthode sociologique, Paris, 1960, 14ème édition, P.U.F.

- DURKHEIM (E.) - De la Division du travail social, Paris, 1960, 12ème édition, P.U.F.

- ELLENBERGER (H.) et DONGIER (M.) - Criminologie, E.M.C., Psychiatrie, 37760.

- EY (H.) - Etude N° 13. Perversité et perversions, in Etudes Psychiatriques, Paris, 1950, Desclée de Brouwer, 2, 233-340.

- FERRI (H.) (1893) - La Sociologie criminelle, Paris, Rousseau.

- FOUCAULT (M.) - Naissance de la clinique, Paris, 1972, P.U.F., Collection Galien.

- FOUCAULT (M.) - Histoire de la folie, Paris, 1961, Plon, Union générale d'Editions, 10/18.

- FRANKENSTEIN (C.) - Psychopathy. A comparative analysis of clinical pictures, N.Y. & Londres, 1959, Grune & Stratton.

- FREUD (A.) - Le Moi et les mécanismes de défense, Paris, 1948, P.U.F.

- FREUD (S.) - Das Ich und das Es, 1923, G.W., XIII, 282 ; S.E., XIX, 52-3 ; Fr., 210-1.

- FREUD (S.) et BREUER - Etudes sur l'hystérie, Paris, 1956, P.U.F.

- FULLY (G.), REVERSAT (L.) et ROBERT - Equipement des Services cliniques en milieu pénitentiaire. 5ème Congrès de Criminologie, Tours, 1964, p.31-64.

- FULLY (G.), HIVERT (P.E.) et SCHAUB (S.) - Suicide en milieu carcéral. Etude de 183 cas constatés en France depuis 1955. Ann. Méd. légale, 1965, 45, 1, 108-114.

- FULLY (G.), HIVERT (P.E.), SCHAUB (S.) et LUTHIER. - Aspects médico-légaux des suicides en milieu pénitentiaire. 7ème Congrès de l'Académie Intern. de Méd. légale et de Méd. sociale, Budapest, 1967 (à paraître).

- GENET (J.) - Oeuvres complètes. Gallimard.

- GENIL-PERRIN - Psychanalyse et Criminologie, 1934.

- GOFFMAN (E.) - Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus, Paris, 1968, Les Editions de Minuit.

- GREEF (E. de) - Introduction à la criminologie, Paris, P.U.F.

- GREEF (E. de) - L'Homme et son Juge, Bruges, 1962, D.D.B.

- HALBERSTADT - Contribution à l'étude clinique de la folie pénitentiaire. Ann. Méd. légale, 1923, 3, 10, 624-631.

- HESNARD (A.) - L'Univers morbide de la faute, Paris, 1950, P.U.F.

- HESNARD (A.) - Morale sans péché. Paris, 1954, P.U.F.

- HESNARD (A.) - Psychanalyse du lien interhumain, Paris, 1957, P.U.F.

- HESNARD (A.) - Psychologie du crime, Paris, 1963, Payot.

- HEUYER (G.) et FOUQUET - Les psychoses carcérales. Sem. Hôp. Paris, 1941, 67, 19, 629-651.

- HIVERT (P.E.) - Château-Thierry Centre d'Observation de détenus difficiles. Rev. Pénit. Droit Pénal, 1960, 2, 243-247.

- HIVERT (P.E.) - Quelques problèmes posés à l'Expert psychiatre. Rev. Pénit. Droit Pénal, 1962, 4, 745-750.

- HIVERT (P.E.) - De l'Annexe psychiatrique au Centre de criminologie clinique. Rev. Pénit. Droit Pénal, 1963, 3, 433-437.

- HIVERT (P.E.) - Les possibilités du traitement du délinquant en Maison d'Arrêt. 4ème Congrès franç. de Criminol., Strasbourg, 1963, in Le Traitement des Délinquants, Paris, 1966, P.U.F., 131-142.

- HIVERT (P.E.) - Le Service psychiatrique de la Maison d'Arrêt de la Santé. Journ. Nation. Méd. Pénit., in Le Service médical en milieu pénitentiaire, Etudes et Documentations, Ministère de la Justice, Paris, 1964,

- HIVERT (P.E.) - Dépistage en Maison d'Arrêt. Rev. Pénit. Droit Pénal, 1965, 3, 313-318.

- HIVERT (P.E.) - Rapport de synthèse de la 5ème section, 6ème Congrès franç. Criminol., Toulouse, 1965, in Le Traitement des Délinquants, Dalloz, 1966.

- HIVERT (P.E.) - Originalité du trouble mental en Prison. Rev. Pénit. Droit Pénal, 1966, 3, 433-435.

- HIVERT (P.E.) - La simulation en prison. Rev. Pénit. Droit Pénal, 1967, 3, 621-624.

- HIVERT (P.E.) - Criminologie et Psychiatrie. Tendances actuelles, Confrontations Psychiatriques, 1969, n°4, 155-166.

- HIVERT (P.E.) - Expertise psychiatrique pénale. Gazette Méd. de France, 1969, 76, 10, 1965-1974

- HIVERT (P.E.) - La Criminologie clinique. Gazette Méd. de France, 1969, 76, 10, 1977-1982.

- HIVERT (P.E.) - Le suicidant, la Prison, le Médecin. Rev. Pénit. Droit Pénal, 1970, 3, 369-374.

- HIVERT (P.E.) - A propos d'un événement tragique. Rev. Pénit. Droit Pénal, 1971, 4, 653-654.

- HIVERT (P.E.) - Aspects psychologiques de la vie carcérale. Rev. Pénit. Droit Pénal, 1971, 2, 319-322.

- HIVERT (P.E.) - La responsabilité pénale du médecin des prisons. Rev. Pénit. Droit Pénal, 1971, 1, 37-41.

- HIVERT (P.E.) - Le psychopathe et la prison. Approche thérapeutique. Rev. Pénit. Droit Pénal, 1972, 2, 295-300.

- HIVERT (P.E.) et GARRABE (J.) - Le rôle du psychiatre en criminologie. Perspectives Psychiatriques, 1965, n° 12, 7-13.

- HIVERT (P.E.) et CHARBAUT (J.) - La psychiatrie en milieu pénitentiaire. Perspectives Psychiatriques, 1965, n° 12, 43-53.

- HIVERT (P.E.), SCHAUB (S.), CHARBAUT (J.), BRETON (J.) et ROUMAJON (Y.) De la psychiatrie pénitentiaire à la criminologie clinique. Rapport aux Journées de l'Evol. Psychiat., 1965 (non publié).

- HIVERT (P.E.) et SCHAUB (S.) - Dépistage à l'entrée en prison, 1er temps du traitement criminologique. Ann. Méd. légale, 1966, 46, 363-364.

- HIVERT (P.E.), CHARBAUT (J.), SCHAUB (S.), KUMMER, LE MAILLOUX et BRETON (J.) Dépistage systématique d'Hygiène mentale en Maison d'Arrêt. Ann. Méd. légale, 1967, 47, 7.

- HIVERT (P.E.), BRETON (J.), FULLY (G.) et SCHAUB (S.) - Majorité pénale et maturation psycho-sociale. Ann. Méd. légale, 1967, 47, 7.

- HIVERT (P.E.) et SCHAUB (S.) - Service d'Accueil et d'Urgence en Maison d'Arrêt. Rev. Pénit. Droit Pénal, 1968, 2, 321-325.

- HIVERT (P.E.) et BRETON (J.) - Cytogénétique et Criminologie. Rev. Pénit. Droit Pénal, 1968, 3, 493-497.

- HIVERT (P.E.), SCHAUB (S.) et BRETON (J.) - Intérêt médico-légal du dépistage des personnalités subnormales lors de leur incarcération. 7ème Congrès de l'Académie Internat. de Méd. légale et Méd. sociale, Budapest, 1967, à paraître.

- HIVERT (P.E.), BRETON (J.) et SCHAUB (S.) - Dialogue entre psychiatres pénitentiaires et Instances Judiciaires. 7ème Congrès de l'Académie Internat. de Méd. légale et Méd. sociale, Budapest, 1967, à paraître.

- HIVERT (P.E.) et CHARBAUT (J.) - Propos sur un cas de grève de la faim. Rev. Pénit. Droit Pénal, 1969, 1, 65-70.

- HIVERT (P.E.), JACQUETTE (P.) et GRECO. - Les relégués et la relégation. Perspectives Psychologiques. Rev. Pénit. Droit Pénal, 1969, 2, 319-327.

- HIVERT (P.E.) et RIBON - Grève de la faim en prison. Rev. Pénit. Droit Pénal, 1970, 1, 635-638.

- HIVERT (P.E.), BRETON (J.), GRECO et JACQUETTE (P.) - Conduites suicidaires, libre arbitre et déontologie médicale. Méd. légale et domm. corporels, 1971, 4, 225-228.

- HOCHMANN (J.) - La relation clinique en milieu pénitentiaire. Paris, 1964, Masson.

- HUGUENEY (L.), DONNADIEU de VABRES (E.) et ANCEL (M.) - Les grands systèmes pénitentiaires actuels. Exposé systématique du régime appliqué dans les différents pays. Tome I, 1950 ; Tome II, 1955 ; Centre Franç. de Droit comparé, Recueil Sirey, Paris.

- HUGUET (Méd. Capit.) - Recherches sur les maladies simulées. Lavauzelle, 1896.

- JACQUETTE (P.) et HERVE (S.) - L'examen psychologique du détenu. Perspectives Psychiatriques, 1965, n° 12, 61-69.

- KAMMERER (T.) - La relation entre médecin et inculpé dans l'expertise mentale criminelle. Evol. Psychiat., 1956, 21, 2, 433-446.

- KINBERG (O.) - Les problèmes fondamentaux de la criminologie. Paris, 1959, Cujas.

- KLEIN (M.) - The early development of conscience in the child, 1933, in Contributions, passim.

- KLEIN (M.) - Psychanalyse des enfants, Paris, 1959, P.U.F.

- KRETSCHMER (E.) - Paranoïa et sensibilité. Paris, 1963, P.U.F.

- LACAN (J.) - Introduction théorique aux fonctions de la psychanalyse en Criminologie. Actes du 2ème Congrès Intern. de criminol., T. III, Paris, 1952, P.U.F.

- LAFON (J.) - Problèmes médico-légaux et psychiatriques posés par les déséquilibrés anti-sociaux. Hyg. Ment., 1958, 47, 3, 169.

- LAGACHE (D.) - Contribution à la psychologie de la conduite criminelle. Commentaire psychanalytique d'une expertise d'homicide. Rev. franç. psychanal. 1948, 12, 4, 541-570.

- LAGACHE (D.) - La psycho-criminogénèse. Rev. franç. psychanal., 1951, 15.1, 103-129. Actes du 2ème Congrès intern. criminol. (Paris, 1950), Paris 1952, P.U.F.

- LAGACHE (D.) - Vue d'ensemble sur la psychologie criminelle. Bull. psychol., 1959, 12/13, 165, 710-715.

- LAGACHE (D.) - Situation de l'agressivité. Bull. psychol., 1960/61, 14, 1/4, 99.

- LAGACHE (D.) - Les conduites criminelles de l'adulte. Bull. psychol., 1960/61, 14, 272-283, 415-418, 501-510, 598-601 et 639-649.

- LAURENT (E.) - Les habitués des prisons de Paris. Paris, 1890, Masson.

- LAURENT (H.) - Les châtiments corporels. Paris, 1912, Phily-Rousseau.

- LEAUTE (J.) - Une nouvelle école de Science criminelle : l'Ecole d'Utrecht, Paris, 1959, Cujas.

- LEBOVICI (S.), DALE (P.), PASCHE (F.) - Psychanalyse et criminologie (Rapport clinique). Rev. franç. psychanal., 1951, 15, 1, 30 - 61. Actes du 2ème Congrès intern. criminol. (Paris 1950), Paris, 1952, P.U.F., III, 157-159.

- LECUIL[illegible] (J.) et DAUMEZON (G.) - Expertise psychiatrique. E...C., T. 3, 1955.

- LEVY-BRUHL (H.) - Traité de Sociologie. 2ème édit., Paris, 1961, P.U.F. 207-220 et 225.

- LEY (J.) - Les anomalies psychiques et le concept de maladie dans leurs rapports avec la politique criminelle. Rev. Droit Pénal et Criminol., Avril 1963.

- LOMBROSO (C.) - L'Homme criminel. Paris, 1887.

- LOMBROSO (C.) - Les palimpsestes des prisons. Paris, 1894, Masson.

- MARX (K.) - Theorien über den mehrwert, Vol. I, 385-387, édit. par KAUTSKY K. 1905-1910. Trad. par NORMANDEAU (A.).

- MAYER-GROSS, SLATER et ROTH. - Psychopathic personality and neurotic reactions. Clinical psychiatry, 1955, 91-186.

- MERTON (R.K.) - Eléments de théorie et de méthode sociologiques. Paris, 1965, Plon, 167-191.

- NORMANDEAU (A.) - Les déviations en affaire et le crime en col blanc. Rev. intern. de criminol. et de police techn., 1965, 4, 247-258.

- PASCHE (F.) - La délinquance névrotique. Hyg. Ment., 1948, 37, 17-24.

- PASCHE (F.) - De la dépression. Rev. Franç. psychanal., 1963, 2 et 3.

- PINATEL (J.) - Criminologie et psychanalyse. Rev. franç. psychanal., 1954, 18, 2, 281-299.

- PINATEL (J.) - Les aspects psychopathologiques de la conduite criminelle. Bull. psychol., 1960/61, 14, 307-310.

- PINATEL (J.) - III Criminologie. In PINATEL (J.) et BOUZAT (P.) : Traité de droit pénal et de criminologie. Paris, 1963, Dalloz.

- PINEL (P.) - Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. Paris, 1809, Brosson, 2ème édit.

- POROT (A.) et BARBENAT (O.) - Psychiatrie médico-légale. Paris, 1959, Maloine.

- POROT (A.) et BARBENAT (O.) - Anormaux et malades mentaux devant la justice pénale. Paris, 1960, Maloine.

- RAPPART (Ph.) - Les services de sûreté apportent-ils une solution aux problèmes des malades mentaux difficiles ?. Inform. Psychiat., 1959, 6, 649.

- RESTEN (R.) - Caractérologie du criminel. Paris, 1959, P.U.F.

- RICOEUR (P.) - Morale sans péché ou péché sans moralisme. Esprit, 1954.

- RICOEUR (P.) - Finitude et culpabilité. Paris, 1960, Aubier, Ed. Montaigne.

- RIESE (W.) - La pensée morale en médecine. Paris, P.U.F.

- ROBERT (Ph.) - Les bandes d'adolescents. Paris, 1966, Ed. Ouvrières.

- ROGERS (C.R.) - Le développement de la personne. Paris, 1966, Organisation et Sciences Humaines, Dunod.

- SARTRE (J.P.) - Saint-Genet, comédien et martyr. Paris, 1952, Gallimard, 578 p.

- SCHAUB (S.) - Nécessité d'un dépistage d'Hygiène mentale au cours des procédures de Jugement accéléré. Perspectives Psychiatriques, 1965, n° 12, 55-59.

- SCHNEIDER (K.) - Die psychopatischen Persönlichkeiten, 1923, Trad. franç., Paris, 1955, P.U.F.

- SELLIN (Th.) - La loi, le conflit de normes et la criminologie. Rev. Droit Pénal et Criminol., Paris, 1960, 40, 879-890.

- SELLIN (Th.) - La criminologie discipline de synthèse. Rev. Droit Pénal et Criminol., Paris, 1960, 40, 890-896.

- SHOHAM (S.) - Etude d'un cas de stigmate : Jean GENET. Rev. de l'Inst. de Socio., Paris, 1968, 3, 367-405.

- SUTHERLAND (E.H.) - Le voleur professionnel. Paris, 1963, Ed. Spes.

- SUTHERLAND (E.H.) et CRESSEY (D.R.) - Une théorie sociologique du comportement criminel. In Principes de Criminologie, Paris, 1966, Cujas, 85-90.

- SIZARET (P.) - Psychiatrie et Milieu Pénitentiaire. Conditions juridiques et institutionnelles de travail. Paris, 1967, Masson.

- TRILLAT (P.) - Les déséquilibrés. Personnalités et constitutions psychopathiques. E.M.C., 1955, T. II, fasc. 37310 A10.

* *

Table des Matiéres.

p.

- INTRODUCTION 1

- CHAPITRE I

  . HISTORIQUE 5

  I - Le criminel est-il un malade ? 5

  II - Ce qu'en pensèrent Législateurs, Juristes et Pénologues. 7

  III - Les premiers pas de la Médecine et de la Psychiatrie légales. 8

  IV - De l'Annexe psychiatrique au Centre Médico-Psychologique de la Maison d'Arrêt de la Santé. 10

- CHAPITRE II

  . PSYCHIATRIE EN MILIEU PENITENTIAIRE

  I - Les bases théoriques. 17

  II - Les premiers impératifs : le psychopathe. 18

  III - Organisations des Services pénitentiaires. 20

  IV - Le Centre National d'Orientation. 24

  V - Le Centre Médico-Psychologique de la Maison d'Arrêt de la Santé : son rôle. 26

  1 - Service de consultation 27

  2 - Service d'hospitalisation 28

  3 - Service de dépistage 29

  4 - Service clinique de criminologie 32

  VI - Le Centre Médico-Psychologique : son organisation et son fonctionnement. [illegible]

- CHAPITRE III

. NOTRE CLINIQUE DE TOUS LES JOURS

I - Préambules. 36

II - Une séméiologie d'Urgence. 39

1 - La réaction impulsive 39
2 - La réaction passive 41
3 - Tentatives de suicide et automutilations 41
4 - Le suicide 43
5 - La grève de la faim 44
6 - Psychoses aiguës 45
7 - Psychoses chroniques 47
8 - Un séjour sans histoire 48

III - Une séméiologie d'entretien. 48

IV - L'étranger en prison. 50

V - Univers carcéral et facteurs pathogènes. 51
1 - Prison et simulation 51
2 - Prison et loi du silence 53
3 - Savoir dialoguer 54
4 - Prison et régression 55
5 - Prison et culpabilité 58

- CHAPITRE IV

. A LA DECOUVERTE DE LA PERSONNALITE CRIMINELLE

I - Préambules. 63

II - Les conceptions anthropologiques. 64

III - Les conceptions neuro-psychopathologiques 65
1 - Les constitutionnalistes 66
1) la dégénérescence
2) le déséquilibre psychique
3) la constitution psychopathique
4) discussion

p.

2 - Kurt SCHNEIDER. 69

3 - Les auteurs anglo-saxons. 71

4 - Discussion. 72

IV - Les conceptions psychanalytiques. 73

1 - Préambules. 73

2 - Le Surmoi. 74

3 - Le Moi. 75

4 - Le passage à l'acte. 76

5 - Discussion 77

V - Une élaboration des concepts psychanalytiques : L. CASSIERS. 77

1 - La personnalité normale. 77

1) le Ça
2) le Surmoi
3) le Moi
4) le lien affectif
5) le sens moral

2 - La personnalité psychopathique. 82

3 - Discussion. 85

VI - Les conceptions sociologiques. 86

1 - Avènement de la sociologie criminelle. 86

2 - La détermination par autrui : J. GENET. 87

3 - L'association différentielle : E.H. SUTHERLAND. 89

4 - Le crime : échappatoire aux contradictions de notre Société. 89

5 - Le crime est utile à la Société. 91

- CONCLUSIONS.

I - Rappel. 92

II - Psychiatrie et Criminologie. 93

III - La mission du psychiatre de prison. 95

IV - Perspectives d'avenir. 97

V - Enseignement et Recherche. 99

- BIBLIOGRAPHIE. 100

* * *

VU, le Président,

H. FLAVIGNY

VU, le Doyen,

P. MILLIEZ

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur,

R. MALLET

SERMENT

-:-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobe et méprisé de mes confrères si j'y manque !

-:-:-